

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1896

N°

210

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 25 Mars 1896, à 1 heure

PAR MAURICE COCARD

Né à Angers le 11 juillet 1869
Ancien interne à l'Hôtel-Dieu d'Angers
Lauréat de l'Ecole de Médecine (prix d'accouchement 1893)
Ancien aide d'Anatomie à l'Ecole

LES

TRAITEMENTS DES KYSTES DE L'OVAIRE

Pendant la grossesse et les suites de couches

LEUR VALEUR RELATIVE

Président : M. PINARD, professeur.

Juges : MM. { LEJARS, professeur.
VARNIER, BROCA, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, RUE RACINE, 15

1896

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554029_0039

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 25 Mars 1896, à 1 heure

PAR MAURICE COCARD

Né à Angers le 11 juillet 1869

Ancien interne à l'Hôtel-Dieu d'Angers

Lauréat de l'Ecole de Médecine (prix d'accouchement 1893)

Ancien aide d'Anatomie à l'Ecole

LES

TRAITEMENTS DES KYSTES DE L'OVAIRE

Pendant la grossesse et les suites de couches

LEUR VALEUR RELATIVE

Président : M. PINARD, professeur.

*Juges : MM. { LEJARS, professeur.
VARNIER, BROCA, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	N.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.	POUCHET.
Hygiène.	LANDOUZY
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE.
Clinique médicale.	STRAUS.
Maladie des enfants.	G. SEE.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	POTAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JACCOUD.
Clinique des maladies du système nerveux.	HAYEM.
Clinique chirurgicale.	GRANCHER.
Clinique des maladies des voies urinaires.	JOFFROY.
Clinique ophthalmologique.	FOURNIER.
Clinique d'accouchements.	RAYMOND.
	TILLAX.
	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	GUYON.
	PANAS.
	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	GAUCHER	MARIE	SEBILEAU
ALBARRAN	GILBERT	MÉNÉTRIER	THIERRY
ANDRE	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT
BAR	TOURETTE	NETTER.	TUFFIER
BONNAIRE	GLEY	POIRIER, chef des	VARNIER
BROCA	HARTMANN	travaux anatomi-	WAETHER
CHANTEMESSE	HEIM	ques.	WEISS
CHARRIN	LEJARS	REITERER	WIDAL
CHASSEVANT	LETULLE	RICARD	WURTZ
DELBET	MARFAN	ROGER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

Chevalier de la Légion d'honneur
Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté

AVANT-PROPOS

Pendant que nous suivions les cliniques du professeur Pinard, il nous fut donné, au mois de décembre dernier, d'assister à une ovariectomie pour un kyste de l'ovaire coïncidant avec une grossesse de deux mois et pratiquée par M. Segond.

Quelques jours après, dans une leçon sur les kystes de l'ovaire et la grossesse, le professeur Pinard nous montrait tout l'attrait du sujet, et les améliorations constantes survenues dans les statistiques opératoires depuis quelques années.

Traiter en entier la question des kystes de l'ovaire pendant la grossesse eût été au-dessus de nos forces, nous avons préféré nous restreindre et faire mieux, si possible, en faisant moins.

Nous nous bornerons à discuter le traitement et ses indications, durant la grossesse et les suites de couches.

Les observations nouvelles que nous apporterons sont bien en petit nombre, mais de côté et d'autre nous avons pu en réunir une certaine quantité ayant trait à tous les moyens employés pour permettre le passage d'un enfant vivant à travers la filière pelvienne.

Que M. le Professeur Pinard daigne accepter nos sincères remerciements pour les observations qu'il nous a permis d'emprunter aux Archives de la clinique Baudelocque.

M. le Dr Monprofit, chirurgien à l'Hôtel-Dieu d'Angers, a droit à toute notre gratitude pour l'observation si complète qu'il a bien voulu nous transmettre.

Mais avant de commencer à traiter le sujet de notre thèse nous croirions manquer à tous nos devoirs si nous n'adressions à nos maîtres d'Angers l'expression de notre vive reconnaissance. Durant tout le temps que nous avons passé avec eux, soit comme élève, soit pendant nos trois ans d'internat, nous les avons toujours trouvés prêts à nous faire profiter des résultats de leur expérience et de leur savoir. Nos maîtres en clinique, MM. Dezanneau, Feillé, Guignard et Monprofit, nous ont exercé aux difficultés du diagnostic. Dans leurs cours à l'Ecole MM. Legludic, Bahuaud, Mâreau, Thibault et Charier nous ont montré comment on arrivait à vaincre les difficultés de l'enseignement pour le plus grand profit des élèves. Nous avons été l'interne de MM. Douet, Tesson, Jagot et Briand, nous aimons à nous souvenir du temps que nous avons passé dans leurs intéressants services.

A tous nous disons merci, et nous n'oublierons ni leurs bonnes leçons, ni la cordialité qu'ils ont bien voulu mettre dans les rapports que nous avons eu avec eux.

Que M. le Professeur Pinard veuille croire à notre reconnaissance et pour la bonté avec laquelle il nous a toujours accueilli et pour l'honneur qu'il nous fait en présidant notre thèse.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

La première observation d'intervention efficace au moment d'un accouchement compliqué par un kyste de l'ovaire est celle de Baudelocque et Lauverjat en 1777.

La version réussit et permit de sauver l'enfant.

Mais ce n'est guère que vers 1812 et 1813 que se publient les premiers mémoires sur la question, Park, Merriman quelques années plus tard commencent à en donner des études approfondies.

Toutefois il faut aller jusqu'à 1840 à la thèse d'un élève de Nœgelé, Püchelt, pour avoir un travail d'une réelle valeur sur la question. Il s'occupe surtout, comme l'indique d'ailleurs le titre de son mémoire : *De tumoribus in pelvi partum impedientibus*, des tumeurs qui par leur siège dans le bassin mettent un obstacle à l'accouchement.

Nous avons eu depuis, en 1866, dans le *Bulletin de Thérapeutique*, un mémoire de M. Guéniot sur les grossesses compliquées et leur traitement.

En 1868, Doumaïron, élève de Stoltz, présente à Strasbourg une thèse enrichie de 51 observations dont une bonne part était due à son maître et à Kœberlé.

Jusqu'alors l'intervention de choix paraît être la ponction et elle conservera longtemps le premier rang.

En 1873, Barnes se montrera partisan de l'accouchement provoqué et dans la même année Treille dans une thèse de Paris défendra l'avortement provoqué en attaquant à fond l'opinion précédente.

Jusqu'en 1865 quelques ovariectomies pour des kystes accompagnés de grossesses méconnues ont été pratiquées, mais cette année seulement Spencer Wells la fit après diagnostic exact. En 1869 et en 1877 surtout il apporte des statistiques encourageantes. L'année suivante Schröder en présentera à Berlin de plus satisfaisantes encore.

A partir de ce moment, l'attention étant de plus en plus fixée sur ce point, parut la thèse d'agrégation de Rémy en 1886 donnant l'état complet et approfondi de la question.

Depuis l'ovariectomie a pris nettement la première place.

En 1888 Terrillon et Valat, dans un article paru dans *les Archives de Tocologie*, et accompagné de trois observations en citent les bons résultats.

En 1890, Engstrom fait une intéressante étude de l'ovariectomie pendant la grossesse, publiée dans les *Annales de gynécologie*. Il y joint sept observations personnelles dont six sont suivies d'un succès complet.

En 1894 Condamin pose la question du choix du moment de l'intervention, et se montre un partisan absolu de l'ovariectomie pendant la grossesse.

Peut-être l'époque n'est-elle pas éloignée où les résultats continuant à être très encourageants, elle sera l'unique traitement des kystes de l'ovaire dans la grossesse.

Ce court exposé historique terminé nous diviserons l'étude du traitement en deux parties, suivant en cela l'exemple de Rémy, kystes ovariens situés dans la cavité abdominale et kystes de l'ovaire obstruant le petit bassin.

Pour chacune de ces variétés nous examinerons les différents modes de traitement employés, soit pendant la grossesse, soit au moment de l'accouchement. Puis nous terminerons par quelques lignes sur le traitement des kystes de l'ovaire pendant les suites de couches.

CHAPITRE II

KYSTES OVARIQUES SITUÉS DANS LA CAVITÉ ABDOMINALE.

A. — Traitement pendant la grossesse.

L'expectation est-elle un traitement? Certains praticiens s'appuyant à faux sur la fameuse devise « *Primo non nocere* » ont dû l'appliquer nombre de fois, mais si l'on raisonne les faits on ne peut s'empêcher de partager l'avis d'Engstrom (1): « Le pronostic du fœtus, comme les faits paraissent le prouver, est bien meilleur quand il y a extirpation de la tumeur qu'avec l'expectation. Nous nous appuyons sur la comparaison des résultats de la statistique de Jetter, avec ceux de Olshausen, concernant les accouchements prématurés survenus après l'opération de l'ovariotomie. D'après les chiffres ci-dessus indiqués nous voyons que 48 o/o environ des fœtus ont péri, soit à cause d'une interruption prématurée de la gros-

1. Engstrom. *De l'ovariotomie pendant la grossesse*. *Ann. de gynécologie*, nov. 1890.

sesse, soit pendant l'accouchement. D'après Olshausen, l'accouchement prématuré n'intervient pas pour plus de 20 0/0 des cas et si l'on tient compte d'un certain 0/0 des fœtus qui sont morts pendant un accouchement à terme, la mortalité des fœtus par suite de l'ovariotomie faite pendant la grossesse ne sera pas bien grand.

Provocation de l'accouchement prématuré. — En 1873, Barnes pouvait, effrayé par la mortalité considérable consécutive aux interventions durant la grossesse, proposer et même indiquer d'une façon absolue l'accouchement prématuré dans le cas de kystes de l'ovaire. Mais aujourd'hui que nous savons et la bénignité relative des opérations chirurgicales depuis l'antisepsie et les dangers que fait courir à l'enfant la provocation de l'accouchement, nous pouvons dire que dans ce cas l'accouchement provoqué a fait son temps. D'ailleurs, en 1881, Heiberg, après avoir fait une étude approfondie du travail de Barnes, concluait déjà que « l'interruption artificielle n'exclut aucunement les dangers résultant de l'influence défavorable de l'acte de l'accouchement et de la puerpéralité sur la tumeur même (hémorrhagie intra-kystique, suppuration), et que d'autre part, l'extirpation de la tumeur devenant malgré tout inévitable plus tard, la malade est exposée en peu de temps à deux épreuves dangereuses (provocation de l'accouchement prématuré et ovariectomie). »

Pour l'avortement provoqué, que Treille, se basant sur les résultats déplorables qu'a donnés l'accouchement provoqué, conseille à sa place, nous estimons qu'actuelle-

ment ce serait tomber de Charybde en Scylla puisque nous avons surtout un certain nombre de traitements évidemment supérieurs.

La ponction qui, il y a quelques années, était certainement le mode d'intervention le plus employé, a considérablement perdu de sa vogue. Elle est tombée au second plan bien loin derrière l'ovariotomie.

Stolz la conseillait dans la thèse de Doumairon. Elle a produit d'excellents résultats avec des chirurgiens comme Spencer Wells, Duplay (1) et Polaillon (2) qui depuis, il faut le dire, sont devenus des partisans presque exclusifs de la laparotomie.

Elle leur a donné des succès indéniables, mais aussi des mécomptes, ainsi dans sa leçon clinique sur les kystes de l'ovaire le professeur Pinard nous citait une observation personnelle datant d'une vingtaine d'années que nous allons brièvement résumer. Il s'agit d'une femme ayant un kyste de l'ovaire depuis plusieurs années. Survient une grossesse : le kyste augmente de volume et on retire par la ponction 10 litres de liquide. La femme avorte, se rétablit, mais ne se fait pas opérer.

Son kyste reste stationnaire, elle redevient enceinte : nouvelle augmentation de volume de la tumeur qui est ponctionnée par M. Duplay, 12 litres de liquide. Accouchement prématuré. Une troisième fois les mêmes circonstances se présentent et la malade meurt.

Le P^r Hergott, de Nancy, lui donnait sa juste valeur

1. Duplay. *Archives de médecine* (1879).

2. Polaillon, *Bulletins de la Société de Chirurgie* (août 1885).

quand, dans une communication à la Société de médecine de Nancy en 1886, il en faisait une opération d'attente permettant d'arriver à la fin de la grossesse et devant être suivie ultérieurement d'ovariotomie, ceci seulement dans les cas où cette dernière opération était impossible ; dans tous les autres, la ponction devait céder le pas à la laparotomie.

Il n'admettait guère la ponction en dehors des cas où des adhérences nombreuses du kyste à l'utérus font prévoir une opération longue et difficile, car d'un autre côté, le travail se déclarant on n'aura pas à craindre une cicatrisation incomplète du point de ponction kystique permettant la pénétration du liquide dans l'abdomen. C'est aussi par crainte d'interruption de la grossesse, qu'il conseillait d'attendre si possible jusqu'au septième mois, de façon à avoir un enfant viable dans le cas d'accouchement prématuré.

Olshausen (1), cité par Rémy, dit que la « ponction sera pratiquée chez une femme arrivée à une période avancée de la grossesse ou chez une parturiente, dans les cas où une dyspnée intense demande à être traitée. On emploiera ce mode de traitement quand la fluctuation étant évidente, le cas se montrera favorable à la ponction, surtout dans les cas de grosses tumeurs d'apparence uniloculaire, dont l'existence déjà longue rend probable la nature parovarique du kyste ou d'un kyste ovarique simple ; mais même pour les kystes proliférants, quand certaines circonstances rendent impossible l'ovariotomie au

1. Olshausen. *Die Krankheiten des Ovarien.*

moment voulu, et quand le manque d'espace est considérable. »

Aujourd'hui les cas d'impossibilité de l'ovariotomie sont devenus de plus en plus rares. Certes la cachexie, le collapsus sont des contr'indications, mais peut-on espérer sauver par la ponction des femmes qui n'ont plus qu'un souffle de vie.

Spencer Wells qui regarde les ponctions comme sans danger les proscrit toutefois dans le cas de kystes multiloculaires. Cependant le chirurgien qui pratique une ponction expose sa malade à un certain nombre de dangers, dont quelques-uns, il est vrai, peuvent être sûrement évités, mais dont les autres n'en subsistent pas moins.

Ainsi dans quelques cas les intestins, la vessie ont été perforés, mais ce sont là des complications heureusement très rares et qu'il faut seulement connaître lorsqu'on fait une ponction.

Plus fréquents ont été les accidents de suppuration du kyste, bien moins à redouter avec une sévère antisepsie, l'hémorrhagie du kyste que l'on peut craindre, car le trocart ne peut éviter les gros vaisseaux de la poche kystique dont la déchirure doit produire les plus graves accidents.

Mais malgré toutes les précautions antiseptiques on a vu se déclarer une péritonite grave. Voici quel en est le mécanisme d'après Engstrom : « Il se produit assez souvent par le trou de ponction un écoulement du contenu du kyste dans la cavité péritonéale. Dans la plupart des cas, cet écoulement est sans importance. Cela dépend seule-

ment de la nature du contenu du kyste. Si ce dernier est purulent, les suites sont au moins douteuses (1) ».

Nous citerons sans commentaires les nombreuses ponctions d'utérus gravides, faites, il est vrai souvent par erreur de diagnostic, alors que la grossesse coïncidant avec le kyste était méconnue. Elles ne furent pas toutes mortelles, ni pour la mère ni pour l'enfant.

Thornton (2) considère en outre la ponction comme pouvant favoriser la rotation parce que les mouvements des intestins et les mouvements du fœtus peuvent agir sur le kyste qui est flasque et sans adhérences. Quant aux dangers ultérieurs des adhérences, Spencer Wells ne craint pas de dire « que l'examen des cas les plus récents a achevé de le convaincre que la ponction n'influe pas sensiblement sur les résultats de l'ovariotomie » (Rémy).

L'enfant, de son côté, a beaucoup à redouter. Dans sa statistique, Heiberg (1881) trouve que dans 28 o/o des cas, l'interruption de la grossesse a eu lieu. C'est pourquoi Hergott disait d'attendre, pour la ponction, le septième mois, espérant avoir un enfant vivant, au cas où le travail se serait prématurément déclaré.

Nous croyons qu'actuellement, en dehors de cas très rares, la ponction ne doit pas être utilisée, car ce n'est jamais qu'une intervention provisoire pouvant nuire considérablement au succès de l'opération définitive, l'ovariotomie qui, somme toute, avec l'antisepsie ne présente

1. Engstrom. *De l'ovariotomie pendant la grossesse. Annales de gynécologie et d'obstétrique*, novembre 1890.

2. Thornton. *Méd. Times*. vol. II, page 83.

pas une gravité comparable aux services considérables qu'elle peut rendre.

L'utilité provisoire de la ponction nous est rendue bien manifeste par l'intéressante observation de Bantock (1) que nous donnons résumée à la fin de notre travail. L'auteur mentionne le cas d'un kyste qui, ponctionné au cinquième mois de la grossesse, nécessita l'ovariotomie au septième, opération couronnée d'un plein succès pour la mère et pour l'enfant.

Ovariotomie. — Cette opération fut pratiquée pour la première fois par Burd le 15 septembre 1846. Le diagnostic de grossesse n'avait pas été fait et la femme avorta deux jours après l'opération.

En 1850, sur une femme épuisée par 16 ponctions successives, Atlee pratiqua la laparotomie. Il avait soupçonné l'état de gravidité et la grossesse paraissait devoir aller à terme quand au bout d'un mois la femme fut emportée par des vomissements incoercibles.

Marion Sims semble être le premier chirurgien qui ait fait une ovariectomie avec résultat heureux durant la grossesse. Il ne s'aperçut de l'état de gestation que pendant l'opération qui n'interrompt point le cours de la grossesse (Remy).

Spencer Wells en 1865 fit, pour la première fois, après diagnostic exact, pendant la grossesse, une ovariectomie couronnée de succès.

Depuis, il eut l'occasion d'exécuter nombre de fois cette opération, qui fut, longtemps il faut bien le dire, l'apanage

1. Bantock. *British. med. journal*, 11 feb. 1888.

de l'étranger, où les observations sont encore beaucoup plus nombreuses que chez nous.

Il fut suivi dans cette voie par Schrøder dont les statistiques publiées par Straz (1) en 1886 donnèrent quatorze ovariectomies, treize succès complets, une fois interruption de la grossesse, la mère bien portante.

En 1890, Engstrom (2), professeur à Helsingfors, publie sept observations avec six succès complets et un avortement.

Au 5^e Congrès des médecins russes en décembre 1895, le professeur Rein (3) apportait une statistique de 9 ovariectomies et 8 succès.

En France, Terrillon et Valat (4) donnent trois laparotomies avec un avortement en 1888.

Delagénière en 1894 publie trois observations d'opérations pratiquées sur les annexes pendant la grossesse. Deux sont dirigées contre des kystes de l'ovaire et suivies d'un succès complet.

La laparotomie, pour être presque universellement adoptée, a dû présenter un ensemble d'avantages capable de tenter les chirurgiens.

En premier lieu, c'est un traitement radical qui ne demande jamais de nouvelle intervention. Avec la ponction, on devait s'attendre à des opérations ultérieures ou

1. *An. de gynéc.*, XXV, p. 395.

2. *De l'ovariectomie pendant la grossesse. Ann. de gynécologie*, octobre-novembre 1890.

3. *Ann. de gynécologie*, sept. 1894.

4. *Arch. de tocologie*, avril 1888. *Archives provinciales de chirurgie*, nov. 1894.

nouvelles ponctions, ou ovariectomie définitive. Pour ce qui est de l'avortement ou de l'accouchement provoqués, ils sont en pareil cas, abandonnés.

Le pronostic de l'opération, comme le démontrent les heureuses statistiques de Schröder, de Rein, d'Engstrom, qui comptent un assez grand nombre de cas pour être probantes, est loin d'être mauvais, puisque trois chirurgiens réunissant entre eux 30 interventions, ont eu une mortalité maternelle nulle et une mortalité fœtale égale à 10 0/0, et encore peut-on difficilement attribuer à la laparotomie la fausse couche qui dans le cas d'Engstrom est arrivée cinq semaines après l'opération.

Nous ne croyons pas que d'autres procédés aient amené un résultat supérieur.

En dehors de ces considérations, il est des tumeurs qui ne sont justiciables que de la laparotomie. D'abord, toutes les fois qu'il y a doute, c'est à elle qu'on doit avoir recours, car c'est le seul procédé qui, antiseptiquement, peut être appliqué à tous les cas, et produire un résultat.

Les kystes multiloculaires ne peuvent être guéris par une autre méthode. Quand on ne pourra délimiter exactement, soit par le fait d'anciennes adhérences, soit pour toute autre cause, les positions respectives de la tumeur et de l'utérus, on ne risquera pas par une ponction d'ouvrir la matrice, et c'est à la laparotomie qu'on donnera la préférence.

D'ailleurs, dans la partie qui nous occupe, c'est-à-dire dans le traitement des kystes abdominaux, nous ne prévoyons pas une seule contre-indication absolue de l'ovariectomie.

A quel moment faut-il intervenir? C'est une question, comme on le voit, du plus haut intérêt, car on a cru remarquer que dans nombre de cas, l'opération était moins dangereuse pour le fœtus dans les premiers mois de la grossesse. La cause de l'interruption de la grossesse ne doit pas toujours être dans l'âge de celle-ci. Bien d'autres facteurs doivent intervenir, et lorsque nous traiterons le manuel opératoire, nous verrons que certaines dispositions chirurgicales peuvent influencer sur le sort du fœtus. Ce qui nous empêche d'être un chaud partisan de la théorie de l'influence directe et unique de l'âge de la grossesse sur l'avortement post-opératoire, c'est que dans un faisceau de 10 observations réunies de tous côtés et relatant des interventions dans le cas de grossesses de cinq mois et au-dessus, nous n'avons pas constaté d'interruption (1).

Toujours est-il qu'il est admis généralement que les cas d'avortement les plus nombreux proportionnellement sont signalés dans les deux premiers mois et à partir du cinquième (2). On devra donc, autant qu'il est possible, attendre pour opérer le troisième mois, qui paraît être le plus favorable. Lorsque consulté seulement dans les derniers mois on aura affaire à un kyste présentant de graves indications opératoires, nous croyons qu'il ne faudra pas retarder l'intervention, et s'entourer de grandes précautions pour permettre à la grossesse d'aller à terme.

1. Obs. XVIII à XXVII.

2. Terrillon et Valat (*Archives de Tocologie*, 1888).

Dans tous les cas ne pas remettre à plus tard ce qu'on peut faire de suite. C'est l'opinion documentée de Condamin (1) dans une étude parue dans le *Lyon Médical*, où à l'aide d'observations il fait le parallèle entre l'ovariotomie pendant la grossesse et l'ovariotomie après la grossesse. Il nous donne l'histoire d'une femme qui avant son accouchement et après jusqu'à l'intervention a constamment souffert, chez laquelle les suites opératoires ont été pénibles, tandis que sa voisine opérée au cinquième mois a repris son travail dès le quinzième jour et a tranquillement achevé sa grossesse.

Si dans quelques cas le chirurgien peut jusqu'à un certain point attendre pour opérer, il est évident que dans d'autres l'intervention immédiate s'impose. Ainsi dans le cas de rupture du kyste ou de torsion du pédicule, il ne sera pour personne question un seul instant de différer l'opération.

A l'opposé de ces cas qu'il est de toute nécessité d'opérer, il s'en trouve une autre catégorie que l'on pourrait presque baptiser d'indifférents. Ce sont ces petits kystes abdominaux observés chez une femme qui devient enceinte. Que doit-on faire alors. Il y a un certain temps la règle de conduite bien nette était l'abstention. Encouragé par les nouvelles et brillantes statistiques, nous croyons que les chirurgiens doivent au troisième ou au quatrième mois de la grossesse faire la laparotomie, car aujourd'hui que l'on connaît l'influence

1. Condamin, *Kyste de l'ovaire et grossesse*. Quand faut-il intervenir ? (*Lyon Médical*, janvier 1895).

indéniable de la grossesse sur le développement du kyste, on devra profiter pour en débarrasser sa malade du moment où l'intervention paraît le moins dangereuse pour le fœtus. Ce ne sera d'ailleurs qu'une opération anticipée, qui une fois faite délivrera la malade de tous les ennuis et, disons-le, de tous les dangers que la tumeur pourrait lui faire courir pendant sa grossesse et ses suites de couches. Nous partageons parfaitement l'opinion de M. Delagenière (1) quand il dit : « Dans aucun cas l'état de grossesse ne doit modifier les indications opératoires. Au point de vue de l'affection primitive, la grossesse n'est, en somme, qu'une complication qui rend l'opération nécessaire et quelquefois même urgente. »

Lorsque le chirurgien interviendra chez une femme enceinte pour la débarrasser d'un kyste de l'ovaire, aura-t-il besoin d'un procédé spécial? Le lieu d'élection sera-t-il le même que dans les laparotomies habituelles. C'est ce à quoi nous allons répondre.

D'abord les précautions générales. Le spray n'est plus guère employé, nous n'avons donc pas besoin de discuter son usage. Toutefois dans le cas présent il serait plutôt nuisible, à cause des vapeurs phéniquées pouvant tomber sur l'utérus gravide qui dans une intervention dans les derniers mois de la grossesse surtout a des chances à cause de son volume à être exposé à l'air.

Je ne m'appesantirai naturellement pas sur les précautions d'antisepsie normale qui devront être observées

1. Delagenière. *Archives provinciales de chirurgie*, 94.

là comme partout ailleurs, et mieux que partout ailleurs.

Quelle sera la position à donner à la malade, la position horizontale ou le plan incliné. Le professeur Pinard dans sa leçon sur les kystes de l'ovaire dans la grossesse se déclare l'adversaire du plan incliné. Dans une intervention à laquelle nous avons assisté, la malade fut placée sur un plan incliné. L'incision faite les intestins allant se loger sous le diaphragme ne gênèrent pas le chirurgien, le kyste apparut en pleine lumière, mais l'utérus gravide de deux mois environ avait complètement abandonné le bassin, obéissant aux lois de la pesanteur et fut aperçu de tous. Dès ce moment le professeur Pinard eut des craintes sur la continuation de la grossesse, qui fut en effet interrompue deux jours après. Nous croyons que ce cas est certainement décisif et prouve l'importance qu'il y a à ne pas changer même pour un instant les rapports normaux de l'utérus gravide et à ne pas exposer à l'air cet organe contractile. Car dans le cas présent, l'intervention faite par un des maîtres de la chirurgie fut exécutée avec une habileté merveilleuse, rapidement et sans la moindre alerte et l'avortement eut lieu. D'ailleurs nous aurons l'occasion de reparler des précautions à prendre vis-à-vis de l'utérus. Donc pas de table inclinée, ou si on l'emploie lui donner un angle excessivement petit avec l'horizontale.

Le lieu d'élection de l'incision sera sur la ligne médiane au niveau du kyste et à une distance plus ou moins grande du pubis selon l'âge de la grossesse et le développement de la tumeur. Cette ligne d'incision est ration-

nelle, car si on la commence près du pubis alors qu'on a affaire à un utérus gravide de cinq mois par exemple on sera obligé de la prolonger considérablement par en haut. Spencer Wells et Laroyenne font partir leur ligne d'incision du fond même de l'utérus. Quant à la longueur de l'incision nous nous rangeons absolument à l'avis de Terrillon (1) et Lawson Tait : « Je ne fais jamais dès le début une incision plus longue que 7 centimètres, parce que je n'aime pas faire une plaie plus longue qu'il n'est nécessaire et généralement 8 centimètres suffisent. Nous croyons que dans le cas particulier, il y a tout avantage à la faire petite à cause de la dilatation progressive que va subir l'abdomen. D'ailleurs il est toujours temps de l'agrandir si on rencontre des adhérences et surtout s'il devient nécessaire d'exercer des tractions sur le kyste. Car dans ce cas une petite incision empêcherait l'opérateur de s'assurer que la poche n'a contracté aucune adhérence avec l'utérus gravide et l'on prévoit sans peine les conséquences des tractions exercées sur un kyste en connexion avec l'utérus. »

Quand le kyste ne sera pas sur la ligne médiane, il faudra le faire rapprocher de l'axe par un aide et fixer en place jusqu'à la ponction.

La petite incision a pour but, comme il est facile de le comprendre, d'éviter l'éventration consécutive. Il se trouve en effet que la paroi sectionnée est destinée à contenir un organe qui s'accroît sans cesse : plus l'incision sera petite et moins on aura à craindre d'accidents.

1. Terrillon et Valat : *Loco citato*.

La ponction ne devra pas être faite avant de s'assurer de la tumeur qui se présente à l'ouverture de l'abdomen. C'est à ce moment qu'on peut commettre une grave erreur et ponctionner l'utérus : on doit se rappeler que l'utérus est rouge bleuâtre sombre, tandis que le kyste est blanc ou blanc bleuâtre (Remy).

Si le kyste présente des adhérences on devra les rompre mais avec de grandes précautions surtout s'il en a du côté de l'utérus. On doit en règle générale s'arranger de façon à faire un traumatisme minimum, mais on ne doit pas regarder le pronostic comme mauvais pour l'enfant si l'opération est allongée de ce fait.

Il existe d'assez nombreuses observations où l'on dût libérer le kyste de nombreuses adhérences aux intestins, à l'utérus même, sans que le cours de la grossesse en ait été ultérieurement interrompu.

La poche kystique est sortie du ventre. Reste la question du pédicule, il faut éviter de le tirailler, mais ne pas craindre d'appliquer des ligatures plus solides encore que dans les cas d'ovariotomie ordinaire. « Une tension exercée sur le pédicule, dit Engström (1), peut facilement causer une excitation des muscles de l'utérus, et, par conséquent provoquer des contractions ». D'un autre côté, les contractions, tendront à faire lâcher les ligatures, ce qui explique le conseil que nous donnons plus haut.

La toilette du péritoine sera faite avec un grand soin, mais sans insister par trop. « Toilette rapide et complè-

1. Engström, *loco citato*.

te », dit Terrillon. S'il y a besoin de faire un grand lavage on devra employer de l'eau tiède et non pas de l'eau chaude comme habituellement. Jamais la température de l'eau de lavage ne devra dépasser 30°, car après cette température elle provoquerait presque nécessairement les contractions utérines. Le chirurgien évitera aussi qu'un jet d'eau assez fort vienne frapper la matrice et en un mot tous les traumatismes si légers qu'ils soient : il devra s'en interdire la palpation, c'est évident. Quand on aura rencontré de nombreuses adhérences, on ne pourra guère se dispenser de faire du drainage. Il faudra toutefois en être aussi sobre que possible, car on sait que tout corps étranger en contact avec l'utérus est une cause de contractions. Aussi Heiberg conclut-il que l'emploi du drain doit être borné aux seuls cas où il est absolument nécessaire pour la conservation de la mère, d'empêcher la stagnation ou l'accumulation du liquide. Le drainage de quelque nature qu'il soit, sera enlevé aussitôt que ce sera possible.

Il ne faudrait pas toutefois rendre le drainage responsable de tous les avortements. Dans une fort intéressante observation de Cotterell (1) où ce chirurgien fut obligé de faire le drainage après une laborieuse ovariectomie double, l'avortement eut lieu 42 heures après, mais comme la mère mourut 3 heures plus tard, il est permis d'attribuer au shock les deux terminaisons fatales.

La suture de la plaie abdominale demandera la plus

1. Cotterell. *Short note of a case of double ovariectomy during pregnancy* (in *Lancet*, octobre 1892). Obs. XI.

grande attention. Il ne faudra pas oublier que la malade est appelée à voir sa paroi distendue, ce qui augmente encore les précautions qu'on devra prendre pour une réunion parfaite et résistante.

Remy cite à ce propos un cas curieux de Van Wahl, la plaie abdominale suturée se rouvrit, les intestins sortirent : on lava, réduisit les intestins, sutura de nouveau ; la femme guérit et alla à terme. Thornton, après avoir enlevé un fil sur deux, le cinquième jour vit aussi la blessure s'ouvrir et un utérus de mois sept se montrer à la plaie, il sutura ; peu après l'accouchement prématuré se fit. Il semble donc évident qu'il y ait lieu de faire comme l'indique Heiberg, comme l'ont fait Spencer Wells, Howitz, une quantité de sutures profondes et superficielles.

L'opération est terminée ; le pansement appliqué, la malade est reportée dans son lit où elle sera surveillée de façon à interdire tout mouvement pendant les premiers jours.

La veille de l'intervention elle a dû prendre un léger purgatif et le matin un lavement simple, mais dans la journée on doit administrer de la morphine ou de l'opium par le rectum pour s'opposer aux contractions utérines qui pourraient survenir. Engstrom donne l'opium en lavements. Il ne peut encore se prononcer sur l'importance de ce moyen prophylactique, mais trouve qu'il mérite d'être mis à l'essai. Le professeur Pinard préconise la morphine dont il a obtenu les résultats les plus encourageants.

A quel moment l'opérée pourra-t-elle se lever ? Quelques-unes l'ont fait dès le dixième jour et ne s'en sont pas trouvées plus mal, ni leur grossesse non plus. Néan-

moins il est certainement plus prudent de leur faire garder le lit une quinzaine de jours. Heiberg conseille de les tenir couchées pendant plusieurs semaines.

Quoiqu'il en soit, il est incontestable que l'emploi d'une ceinture entocique s'impose dans ce cas plus que dans n'importe quel autre. La malade ne devra jamais s'en séparer dans la journée, surtout les premiers temps.

Ce qui domine toute l'intervention ce sont les égards dus à l'utérus. Nous avons dit comme quoi dans une ovariectomie l'utérus étant resté un temps appréciable exposé à l'air, le P^r Pinard avait pour ainsi dire prédit l'avortement. Mais nous croyons davantage encore : nous croyons que c'est à la susceptibilité de l'utérus que sont dus les avortements plus fréquents à partir du cinquième mois dans les ovariectomies. Ceci demande une explication.

Schröder cité par Engstrom, explique que pendant la croissance constante de la matrice le pédicule de la tumeur se raccourcit d'une manière fâcheuse parce que les lamelles du ligament large participent peu à peu à la formation de l'enveloppe séreuse de la tumeur. Lors de la constriction du pédicule les ligatures doivent être situées tout près de l'utérus et peuvent facilement provoquer l'imitation de celui-ci.

Certes, cette raison anatomique est excellente, mais nous croyons que physiologiquement il est possible d'expliquer l'interruption de la grossesse plus fréquente à partir du cinquième mois.

L'utérus, avons-nous dit, n'a besoin que de la plus petite excitation pour entrer en contraction, que l'air plus ou moins froid ou un contact quelconque peut amener cette

contraction. Quand la matrice a-t-elle le plus de chance d'être atteinte ou par l'air ou par les mains du chirurgien, ou par tout autre agent? C'est quand elle a un plus gros volume. Quand grâce à une petite incision de la paroi on arrive sur le pédicule du kyste sans pour ainsi dire voir l'utérus, il est rare qu'un avortement se produise. Mais si cet organe a des dimensions telles qu'il soit très difficile, pour ne pas dire impossible, de ne pas le toucher, souvent la contractilité est mise en éveil et la contraction fait son œuvre. Dans les derniers mois l'utérus n'est-il pas plus gros, plus accessible à l'air, plus difficile à préserver du contact des mains, de toutes les causes en un mot qui peuvent faire entrer en jeu son excitabilité?

Nous ne pouvons quitter l'étude de l'ovariotomie pendant la grossesse sans donner quelques détails sur son pronostic.

Il est permis de dire qu'actuellement c'est une opération presque sûrement bénigne pour la mère et qui a bien des chances de l'être pour l'enfant.

Nous ne nous occuperons pas des statistiques anciennes qui n'ont plus ici aucune valeur depuis que l'antisepsie est devenue la meilleure arme du chirurgien.

Nous avons parlé des heureuses séries de Schröder, de Rein et d'Engström. Ce sont là des statistiques qui ont une grande importance, parce que toutes les interventions sont dues au même opérateur.

Nous avons été forcé d'aller prendre des cas un peu partout, aussi ne pouvons-nous pas attribuer à la réunion de nos observations une valeur comparable à celle

de ces auteurs. Nous y avons compris les 7 cas d'Engstrom.

Sur 29 cas d'ovariotomie pendant la grossesse, nous avons rencontré trois interventions au-dessous de deux mois avec deux avortements (celui de l'obs. d'Engstrom arrivé cinq semaines après l'opération).

Huit ovariectomies pendant le troisième mois de la grossesse, 8 succès complets.

Six laparotomies au quatrième mois, 5 succès complets (mort de l'opérée de Cotterell et de son fœtus. La femme était très bas quand le chirurgien lui fit une ovariectomie double).

Dix interventions à partir du cinquième mois, dont deux à six mois et trois à sept mois. Succès sur toute la ligne.

Enfin, 2 ovariectomies à une époque inconnue de la grossesse avec deux succès complets.

En tout 29 laparotomies, une fois la mort de la mère, trois fois celle de l'enfant.

Nous devons noter l'influence fâcheuse probable de l'ovariectomie double sur le sort de l'enfant.

Dans le tableau des ovariectomies doubles exécutées pendant la grossesse que Cotterell dressait en 1892, sur 9 cas, il donne deux fois la mort de l'enfant et une fois pas de détails sur son sort. Sur les trois morts de fœtus que nous avons dans notre statistique deux sont consécutives à une ovariectomie double.

La troisième (arrivée cinq semaines après l'intervention) est-elle attribuable à des tiraillements sur un pédicule très court et qui fut très difficile à lier. Nous n'en savons rien.

B. — Traitement pendant l'accouchement.

Si au moment du travail il existe un kyste de l'ovaire situé dans la cavité abdominale, il est plus que probable que l'accouchement se fera par les seules forces de la nature.

Le rôle de l'accoucheur se bornera donc à une surveillance attentive de la parturiente.

« Les troubles qui pourraient se produire ici comme dans tout autre accouchement demanderont le traitement qu'il est indiqué de faire en toute autre circonstance. Nous devons seulement rappeler que selon M. le professeur Stoltz les accouchements semblent plus douloureux, en raison de la compression du kyste par les contractions abdominales. Cette compression d'ailleurs exposerait, si elle durait trop longtemps, le kyste à la rupture des contusions qui pourraient être suivies d'inflammation pendant la puerpéralité. On ne laissera donc pas la femme s'épuiser en vains efforts si quelque obstacle (résistance du périnée, etc.) un certain degré d'inertie, ralentissent la dernière partie du travail. Il vaudrait mieux recourir assez tôt à l'emploi du forceps ; cette opération en soustrayant la femme à des douleurs inutiles pourrait en même temps prévenir les accidents de la puerpéralité » (Rémy).

Il faudra prendre les précautions antiseptiques les plus rigoureuses et surtout se tenir prêt à faire la laparotomie aussitôt que l'indication formelle se présentera, car nous savons les dangers que les kystes abdominaux peu-

vent faire courir aux femmes après l'accouchement, l'infection, torsion du pédicule, etc.)

Quant au kyste s'il ne détermine pas d'accidents il faudra attendre pour l'opérer que l'involution utérine soit complète.

CHAPITRE III

KYSTES DE L'OVAIRE OBSTRUANT LE PETIT BASSIN.

Traitement pendant la gestation.

Si l'on a plus l'occasion de traiter les kystes abdominaux dans le cours de la grossesse, c'est surtout au moment du travail que l'on rencontre les kystes pelviens, ce qui se comprend sans peine, car ces kystes laissent en général évoluer la grossesse, et ce n'est souvent qu'au moment du travail qu'ils entrent en scène.

Toutefois comme ils provoquent des accidents redoutables au moment de l'accouchement, on a tenté ou proposé contre eux certains traitements qu'il faut discuter, car le médecin prévenu à l'avance ne doit pas, il semble, rester dans l'expectative pendant la grossesse.

Refoulement. — Ce moyen consiste à faire remonter, du pelvis dans l'abdomen la tumeur ovarique par des pressions dirigées, soit par le vagin, soit par le rectum,

Rémy fait remarquer la rareté de ces cas. En effet, le médecin n'est souvent appelé qu'au moment du travail, et rarement pendant la gestation. Le refoulement fut cependant pratiqué avec succès par Granville, à la fin d'une grossesse, et l'enfant naquit vivant (*Lancet*, 1849). En 1880, Chadwick a communiqué un cas de réduction d'une tumeur du volume d'une tête fœtale au sixième mois de la grossesse. Habit essaya, mais sans succès, le refoulement d'un kyste gros comme le poing sur lequel il dut pratiquer la ponction qui réussit.

Le meilleur procédé consisterait d'abord à n'intervenir qu'à partir du quatrième mois, car l'utérus en se développant, rend quelquefois la tumeur abdominale, et à cette époque, par deux doigts introduits dans le vagin ou dans le rectum, d'essayer de faire basculer la tumeur.

Y aller avec douceur, à cause des dangers que ferait courir à l'opérée la rupture de son kyste. La position gène-pectorale et la chloroformisation sont sinon nécessaires, du moins très utiles.

Ponction. — Comme le refoulement, la ponction a été très rarement faite pendant la grossesse. On n'en cite guère que trois cas, celui de Habit dont nous venons de parler, un autre de Neumann que Treille (1) a recueilli, et un troisième de Rob, cité par Rémy. Ce dernier auteur conclut avec raison que le petit nombre de faits réunis ne permet guère d'avoir une idée bien nette de la valeur du procédé. Toutefois, elle paraît acceptable avec un tro-

1. Treille. Th. de Paris, 1873.

cart presque capillaire et des précautions antiseptiques raffinées.

Avortement et accouchement prématurés. — L'avortement ne se discute pas en pareil cas, car nous ayons une foule d'autres procédés dont le plus mauvais lui est supérieur.

Quant à l'accouchement prématuré, il nous semble très souvent un leurre, en ce sens que trop souvent il équivaut à un avortement. De plus il nous semble irrationnel de dire par exemple : voici une femme enceinte de quatre mois, les diamètres de son bassin diminués par sa tumeur permettront le passage d'une tête de 8 mois. Mais qui est-ce qui peut répondre de l'immobilité de la tumeur. Celle-ci très probablement en quelques semaines aura atteint un volume suffisant pour ne permettre qu'un avortement à 6 mois. Ce n'est donc, somme toute, à notre avis, qu'un moyen de second ordre, en ce sens qu'on ne peut jamais compter absolument sur lui. Il ne pourrait être employé à la rigueur qu'à l'extrême fin de la grossesse, à 8 mois 1/2 par exemple. Ce qui le prouve bien c'est que sur les six cas réunis par Rémy un seul donne un enfant vivant, mais dans ce cas la mère ne se rétablit que très difficilement. On fut obligé de faire le drainage par la cloison postérieure.

D'ailleurs, Pozzi fait de plus remarquer avec raison, que l'obstacle apporté au retrait de l'utérus par la tumeur

1. Pozzi. *Gynécologie*.

est une cause éventuelle d'hémorrhagie et d'accidents puerpéraux.

Incision et ovariectomie. — L'incision vaginale a seulement été proposée par Heiberg, mais nous ne croyons pas qu'elle ait été pratiquée. On ne peut donc guère discuter sa valeur tant qu'elle n'aura pas eu le contrôle des faits.

Il n'en est pas de même de la laparotomie abdominale qui fut pratiquée deux fois, une fois par Schröder et une autre fois par Rosenthal. On peut dire que dans l'un comme l'autre de ces cas il n'y a pas eu d'interruption de la grossesse du fait de l'opération, quoiqu'il y ait eu avortement, car la malade de Rosenthal fit une fausse couche 19 jours après et celle de Schröder sept semaines plus tard (1).

Traitement pendant le travail.

Nous arrivons maintenant à un chapitre beaucoup plus important, celui du traitement des kystes pelviens pendant le travail. On peut bien dire qu'ils font le désespoir des accoucheurs, tant à cause des difficultés de l'extraction du fœtus que pour la facilité avec laquelle ils se prêtent à l'infection après le moindre traumatisme. C'est la raison pour laquelle on a multiplié contre eux les procédés dont le meilleur n'est pas parfait.

1. Remy, *loco citato*.

Refoulement. — On peut admettre deux sortes de refoulement, l'un qui se ferait naturellement sous l'effort des contractions utérines et de l'engagement de la tête, l'autre que l'on obtiendrait par manœuvres. C'est un cas du premier que nous avons eu la bonne fortune de rencontrer en fouillant les Archives de Baudelocque, car il n'y en a à notre connaissance que 5 cas de publiés, un de Spath, un de Thompson, un de Bettschler, un de Depaul, un de Beatty.

C'est lui qui fait le sujet de l'observation XXXIV.

Malheureusement, le petit nombre de cas connus montre comme il faut peu compter sur cette terminaison.

Quel sera donc le manuel opératoire du refoulement, ses indications et ses dangers.

J'ai déjà dit qu'il fallait placer la femme en position genu-pectorale et donner le chloroforme. La position genu-pectorale a l'avantage d'éloigner autant que possible l'utérus du détroit supérieur et de ménager une voie pour le passage du kyste. La chloroformisation est assez difficile, mais non impraticable dans cette position. « Alors avec un ou deux doigts, quelquefois quatre, introduits dans le vagin, on cherche à refouler la tumeur pendant l'intervalle des contractions, en employant le plus de douceur possible. On a pris soin de diriger la tumeur sur un côté de l'angle sacro-vertébral, devant la symphyse sacro-iliaque (1) ». D'autres auteurs, comme Cazeaux, recommandent le toucher rectal.

Le premier procédé depuis longtemps connu et appli-

1. Remy.

qué par Baudelocque, Mme Lachapelle, Velpeau, Nœgelé, Schrœder, Heiberg, etc., peut être en effet, dans un certain nombre de cas, d'un grand secours. Mais il ne suffit pas toujours que la réduction ait lieu pour que toute intervention soit inutile. Il faut aussi maintenir la réduction. Dans une observation publiée dans les *Archives de Tocologie* (1), Loison employa avec succès un pessaire Gariel qu'il laissa en place jusqu'à dilatation de plus de trois grands travers de doigt. Le maintien de la tumeur avait été parfait. Dans une très curieuse observation citée par Duchesneau, Riedinger, nous montre deux kystes de l'ovaire dont le gauche gênant un premier accouchement est refoulé, le droit s'opposant à un second est refoulé à son tour.

Il ne faut pas croire que cette opération du refoulement soit aussi facile et surtout aussi bénigne qu'elle en a l'air au premier abord. Jetter nous donne une statistique de 23 cas avec trois morts, soit 17, 4 0/0, treize enfants vivants et cinq morts.

Rémy donne quatorze mères vivantes et quatre mortes, seize enfants vivants et un mort.

Le danger est, comme on le voit de suite, dans la rupture du kyste ou dans son inflammation. Duchesneau rapporte une observation (Obs. XXXVI), où la tumeur se rompit, l'accouchement eut lieu assez facilement, mais il n'en fut pas de même de la délivrance qui fut très mouvementée. Les suites de couches furent pénibles, comme

1. Loison et Duchesneau, *Dystocie par kystes dermoïdes de l'ovaire* (*Arch. de Tocologie*, sept. 1891).

on le pense bien. L'ennui du refoulement c'est que, quoique réussi, il peut amener une rupture spontanée après la manœuvre. Dans un cas de Fischel, le liquide ne déterminait aucun accident, mais la malade de Stadfeldt succomba. Une opérée de Cambden mourut d'une péritonite dix-sept jours après un accouchement pendant lequel le refoulement avait réussi. Mais on peut se demander si dans ce dernier cas la mort n'a pas été due à une septicémie puerpérale vulgaire.

On voit donc toutefois que la réduction pour être une opération à la portée de tous ne doit être tentée qu'avec prudence et qu'elle est à abandonner quand après quelques minutes elle n'a pas produit d'effet. Car ce n'est pas impunément qu'on inflige un traumatisme sérieux à un kyste pelvien. On devra toujours se rappeler les dangers que peut faire courir à l'accouchée, l'inflammation ou la rupture de cette tumeur.

Ponction. — Il y a quelques années quand le refoulement n'avait pas réussi on s'adressait immédiatement à la ponction. Certes, c'est une opération qui peut rendre des services, dans les kystes à liquide assez limpide, mais comme elle est, en général, dirigée contre des tumeurs dermoïdes dont le contenu graisseux demande pour être évacué des trocarts d'assez fort calibre, elle ne donne certainement pas tout ce qu'elle a promis. Le Dr Fochier (1) (Obs.XXX) a indiqué un artifice d'opération, grâce auquel

1. Fochier (*Lyon Médical*, 5 juillet 1886). *Kyste dermoïde adhérent dans le cul-de-sac de Douglas.*

il put vider en partie une poche kystique. Il fit chauffer à plus de 40° son trocart de 3 millimètres de section dont toute la partie qui restait en dehors de la vulve fut enveloppée de compresses à 45°. Il obtint ainsi dans un bol un liquide huileux qui se coagula rapidement, mais il lui fut impossible de l'aspirer avec l'appareil Dieulafoy.

Comment faire la ponction? D'abord avec un trocart assez fin et en se servant toujours de l'aspiration. Sans doute souvent cette précaution sera inutile à cause de l'épaisseur du contenu du kyste, mais elle n'en constitue pas moins une mesure de précaution qu'on ne doit pas négliger.

Lomer a été le partisan le plus convaincu de la ponction. Dans son mémoire « *De la complication de l'accouchement par les tumeurs ovariennes* » il soutient qu'avec l'antisepsie ce procédé est sans danger et il conclut en disant : « Il y a nombre de tumeurs pour lesquelles en employant ce petit moyen inoffensif grâce aux précautions antiseptiques, on peut non-seulement terminer rapidement et sans danger l'accouchement, mais encore obtenir une disparition définitive du kyste. Ce sont des kystes parovariques ». Lomer en rapporte deux exemples. S'il avait eu affaire à ces kystes à contenu semblable à du suif qui ne constituent pas une rareté dans le cul-de-sac de Douglas il eût peut-être été moins enthousiaste de son procédé.

La ponction se fera, soit à travers le cul-de-sac postérieur du vagin (Lomer), soit dans certains cas par le rectum (Barnes, Wiart).

Ce que nous voulons dire, c'est que malgré toutes les précautions antiseptiques prises et malgré la valeur des

opérateurs, la ponction vaginale laissera toujours une trop grande part à l'aléa pour être un procédé de choix. Dans trois observations de ponction au moment de l'accouchement à travers le cul-de-sac postérieur nous avons noté ces résultats.

La malade de Fochier (Obs. XXX) eut plus tard 40° et de la suppuration. On fut obligé de débrider le cul-de-sac, de faire le drainage et de grands lavages. Enfin elle guérit.

Celle de Barton Cooke (1) (Obs. XXXI) une fois ponctionnée et accouchée eut des phénomènes d'infection. La laparotomie découvrit un kyste adhérent à l'utérus et rempli d'un pus fétide. La poche fut suturée à la paroi et la malade guérit.

L'opérée de Nolting (2), multipare, dont le kyste avait la grosseur du poing, fut ponctionnée, accoucha d'un enfant mort-né après plusieurs applications de forceps insuffisantes. Quatre jours après elle succomba à des accidents puerpéraux.

Il est vrai de dire qu'à côté de ces cas malheureux une statistique de Playfair donne 9 succès sur 9 cas pour la mère et 6 pour l'enfant.

Incision. — Quand le refoulement et la ponction n'ont pas réussi, le médecin se trouve toujours en face de la même difficulté qui dépend du rétrécissement du canal

1. Barton Cooke. *Medical News Philadelphia* (juillet 1890) in *ann. de Gynécologie*, 1892.

2. Nolting. *Schwangerschaft und Geburt Komplieirt durch ovarialtumor* Berlin, 1884).

pelvien. Que doit-il faire dans ce cas ? Nœgelé et Grenser s'expriment en ces termes : « Quand le liquide est renfermé dans des kystes multiples ou est trop consistant pour s'écouler par la canule il faut faire une incision plus grande. Cette intervention ne pouvait être admise sans discussion ; cependant la majorité des accoucheurs se sont prononcés pour l'incision quand la ponction est sans résultat » (Remy).

Le question a été discutée en 1888 à la Société obstétricale et gynécologique de Berlin. Il y eut des partisans et des adversaires. Les résultats obtenus furent en partie défavorables. Elle ne réussit bien qu'entre les mains de Toporski (1), (Rémy) qui en donne une description très satisfaisante, accompagnée de la relation de ses deux succès.

La parturiente préparée antiseptiquement est dans le décubitus horizontal. On met à découvert le champ opératoire à l'aide du spéculum de Sims et des écarteurs latéraux. « Nous ouvrons à la hauteur de la tumeur la paroi postérieure du vagin par une incision longitudinale de 5 centimètres de longueur, nous pénétrons dans la profondeur et incisons finalement la paroi kystique, nous mettons plusieurs sutures sur les bords de la plaie ; les bords de la tumeur sont ainsi reliés à ceux du vagin.

La cavité péritonéale est ainsi immédiatement fermée. Après la suture des bords de la plaie le kyste est lavé et les fils de suture sont coupés à ras à l'exception d'un

1. Toporski, Diss. Breslau 1884. *Beiträge zur Casuistik der Beckengeschwülste in geburtshülflicher Beziehung.*

fil. Ce dernier facilite alors la recherche de l'incision et il permet au besoin d'attirer l'ouverture du kyste jusqu'au niveau de la vulve. Si le col est ouvert (et on fait bien de n'agir qu'alors) on fera suivre l'écartement de l'obstacle de l'expulsion de l'enfant, on appliquera le forceps si la tête reste élevée, si le fœtus est mort on fera la perforation. Après l'expulsion du placenta, on lave le canal génital; nous attirons ensuite en bas l'ouverture de l'incision en nous servant du fil qu'on a laissé en place, et nous remplissons le sac kystique avec de la gaze iodoformée. Le liquide qui est resté dans le kyste est ainsi absorbé, l'entrée de l'air est empêchée et les liquides qui pénètrent des parties génitales dans le kyste sont désinfectés ».

Malgré cette technique exacte et les beaux résultats qu'elle a fournis à son auteur, l'incision ne peut encore emporter tous les suffrages à cause des cas malheureux de son bilan.

Laparotomie et opération Césarienne. — « Pour ma part, dit Pozzi (1), je n'hésiterais pas à faire la laparotomie pour reconnaître si l'ablation du kyste est possible; l'ovariotomie lèverait alors l'obstacle et l'accouchement n'aurait pas de difficulté à faire. Dans le cas contraire l'opération césarienne et l'opération de Porro ne me paraissent pas plus graves pour la mère que les violences aveugles et excessives exercées par les voies naturelles, et l'on a, en outre, ainsi l'avantage de sauver l'enfant. »

1. Pozzi, *Gynécologie*.

Cette règle de conduite nous paraît absolument sage, et si la statistique est si défavorable à la laparotomie, c'est que les cas cités sont, ou antérieurs à l'antisepsie (Maigne 1839, Lyon 1845), ou pratiqués après d'autres manœuvres. Pour Godefroy, c'est une tentative de refoulement et une ponction sans résultat, pour Kob c'est une incision inutile, pour Lahs c'est encore une réduction impossible à obtenir. Seul Edmunds cité par Kœberlé sauva la mère et l'enfant. Dans la statistique de Rémy, Macdonald en 1865 et Pastorello en 1881, ont aussi une mort pour des causes qui ne sont pas signalées.

Quand on compare ces tristes résultats au succès merveilleux qu'ont obtenu les opérations césariennes faites par les ovariétomistes qui ont blessé l'utérus par mégarde, on a bien le droit, il nous semble, de penser comme Pozzi et de dire : Avant toute manœuvre inutile, ouvrir le ventre, regarder si la tumeur est accessible, si oui l'enlever, sinon faire l'opération césarienne ou le Porro.

Le professeur Pinard est plutôt partisan de l'opération de Porro. C'est elle qu'il a exécutée dans un cas qui nous intéresse et que nous publions à l'appendice (Obs. XXXVII). Le résultat a été de tous points satisfaisant et pour la mère et pour l'enfant.

Williams avait (1884) fait avec succès l'ovariétomie pendant le travail.

Forceps et version. — Ce sont des manœuvres dont on doit être très réservé. En effet, quand on a affaire ou à des enfants très gros ou à des viciations du squelette, ce dernier supporte les pressions relativement bien et c'est très rare, dit Rémy, de voir des lésions osseuses consé-

cutives aux pressions. Mais quand c'est un kyste sur lequel doit porter la pression exercée par la tête poussée contre l'obstacle, ce kyste supportera mal le traumatisme. Et alors souvent on se trouve en face de ces alternatives qui malheureusement sont presque inéluctables. Ou le kyste ne peut résister à la compression et alors il éclate et projette son contenu dans le péritoine. Ou bien la solidité de sa paroi étant plus grande, il est chassé devant la tête et perfore le vagin ou le rectum. Ou bien encore, ce qui est beaucoup plus fréquent et tout aussi grave, il sera pendant les suites de couches, le siège d'une inflammation plus ou moins intense, car il ne faut pas lui demander plus de résistance aux traumatismes de ce genre que la vessie par exemple, et l'on devra même souhaiter jusqu'à un certain point qu'il s'ouvre dans le vagin, où il pourra librement déverser son contenu, ce qui épargnera ou l'incision ou l'ovariotomie.

Les statistiques données par Rémy confirment bien le danger de ces interventions.

Jetter note pour la version :

7 mères vivantes. . .	8 mortes
1 enfant vivant. . .	11 morts

Playfair :

1 mère vivante. . .	4 mortes
1 enfant vivant. . .	4 morts

Pour le forceps Jetter donne :

6 mères vivantes. . .	6 mortes
6 enfants vivants. . .	5 morts

Rémy conclut que l'avantage est pour le forceps. N'importe, ces résultats ne sont point encourageants et ne permettent guère de refuser à la malade la laparotomie ou l'opération césarienne sous le prétexte de sa gravité.

Toutefois il peut y avoir des cas où la tumeur, étant plus élastique, le bassin large et l'enfant petit on peut essayer quelques tractions, qu'on cessera si la résistance est trop grande et si l'obstacle paraît infranchissable. Surtout ne pas trop insister et recourir à la laparotomie qui aura d'autant plus de chances de réussite qu'avant elle les manœuvres auront été plus rares.

Basiotripsie. — C'est une opération qu'on ne fait plus aujourd'hui que sur l'enfant mort. Elle sera pratiquée naturellement avec des précautions antiseptiques très grandes, car l'extraction du fœtus pour être plus facile n'en fera pas moins courir des dangers d'infection énormes à la femme. La mise en place du basiotribe pour peu que la tumeur soit un peu volumineuse ne sera d'abord pas des plus faciles, et de plus si le volume de la tête est diminué le volume du tronc reste intact et pourra faire subir à la tumeur des pressions dangereuses, et amener plus tard des eschares vaginales. Rien ne montre mieux ce danger que l'observation résumée (XXXVIII). Elle raconte qu'une femme VIII pare, de 40 ans, fut amenée à l'hôpital avec un fœtus mort ; la tumeur d'une dureté osseuse permit juste l'extraction par la cranioclasie. Quelques jours plus tard élimination d'un grand lambeau de la paroi postérieure du vagin laissant à nu une tumeur

du volume d'une tête de fœtus qui un mois après fut extraite par l'ouverture agrandie de la paroi vaginale postérieure.

Les statistiques nous donnent encore pour cette opération des résultats bien défectueux ; mais comme ici la plupart des cas remontent à une époque où l'antisepsie était ignorée, il n'y faut pas attacher une importance exagérée. Si la tumeur irréductible ne permettait pas le passage de la main peut-être devrait-on tenter l'opération de Toporski (voy. *supra*).

CHAPITRE IV

Kistes de l'ovaire pendant les suites de couches.

Nous ne pouvons terminer l'étude du traitement des kystes de l'ovaire pendant la grossesse sans dire quelques mots de leur sort pendant les suites de couches.

Quelle est la conduite à tenir vis-à-vis d'un kyste qui n'a pas gêné la grossesse ni l'accouchement. Deux cas peuvent se présenter. Ou le kyste sera atteint par des phénomènes d'infection, dans les jours ou les semaines qui suivront la grossesse, ou il restera silencieux.

Dans les deux cas, l'indication est la même : la laparotomie.

Prenons d'abord le kyste qui, dans les quelques jours consécutifs à la grossesse, a été le siège d'accidents infectieux. On n'a pas autre chose à faire que la laparotomie. Les cas de Le Roy des Barres, de Lawrence, de Condamin, ont été très heureusement suivis de guérison. Est-ce à dire que ces laparotomies ont été aussi simples que cel-

les pratiquées pendant la grossesse. Certainement non. L'état général de l'accouchée était évidemment moins bon : dans le cas de Le Roy des Barres en particulier, il était absolument défectueux. Dans tous les autres, l'état général de la malade a été certainement un des motifs qui ont décidé l'intervention. On s'est trouvé de plus au moment de la laparotomie en face de complications qui s'étaient certainement produites depuis l'accouchement, torsion du pédicule, péritonites, suppurations plus ou moins étendues, adhérences multiples, toutes raisons qui ne contribuaient pas à diminuer le choc opératoire. Malgré cela, toutes celles que nous connaissons ont réussi, sauf une de Veit. Mais il faut noter que la laparotomie avait été pratiquée le quatrième jour des couches, et nécessitée par des accidents graves. Si l'on peut attendre, il est préférable de le faire, le résultat sera meilleur lorsque la femme sera plus éloignée de l'accouchement et que l'involution utérine sera plus complète. Lawrence, toutefois, dans un cas d'impérieuse nécessité, qu'il donne dans sa première observation, dut intervenir le troisième jour, et la malade guérit.

Mais, en général, il vaut mieux attendre quelques jours ou quelques semaines même, autant que l'état général le permet. M. Le Roy des Barres intervient deux mois et demi après, M. Laroyenne aussi. En dehors du cas que nous venons de citer, Lawrence opéra à partir de la cinquième semaine.

Que devons-nous conclure dans cette occurrence ? La

1. *Berliner Klin. Wochenschrift*, n° 32, page 493, XXIV, 241, 1883.

question se pose ainsi. Chez une femme enceinte de six mois on trouve un kyste de l'ovaire. Doit-on l'opérer et l'exposer à un avortement ou à un accouchement prématuré ou attendre les suites de couches ? Pour la mère, nous croyons qu'il vaut mieux opérer et voici quelles raisons nous donnons.

L'état général est meilleur, nous l'avons dit déjà, et ceci ne peut être nié. Le terrain est donc beaucoup plus favorable pour l'intervention.

Nous épargnons à la malade un surcroît de douleurs au moment de l'accouchement, en même temps que nous diminuons les angoisses de l'opérateur qui n'a pas à craindre des accidents de rupture ou de torsion du kyste par exemple, ou d'infection consécutive surtout.

Si le pronostic est meilleur pour la mère nous n'irons pas jusqu'à dire qu'il est aussi bon pour l'enfant. Et cependant cet enfant aura à souffrir du fait du kyste. L'accouchement pourra être prématuré, il pourra surtout demander beaucoup plus de temps ; et pendant sa lente migration au travers d'une filière pelvienne rétrécie, sous l'influence d'impulsions utérines en partie paralysées par le volume de la tumeur, le fœtus n'aura-t-il pas lieu de courir bien des dangers ? Si d'un autre côté on prend soin dans la laparotomie d'éviter à l'utérus gravide le contact prolongé de l'air ou de tout autre agent, nous croyons qu'on n'aura pas à craindre un accouchement prématuré.

La femme est enceinte de sept mois ou plus, que doit-on faire. Il est certain qu'à ce moment une intervention l'expose à une interruption de la grossesse ; ceci ne paraît

pas avoir une importance absolue à première vue, mais pourtant on sait qu'un accouchement avant terme diminue considérablement les chances de survie et la vitalité du fœtus. Nous croyons qu'alors à moins d'indications pressantes, il vaut mieux attendre pour que la laparotomie ne soit pas compliquée d'un accouchement presque immédiat. On apportera la plus grande attention aux soins antiseptiques en évitant de commettre la plus petite faute, et on opérera la femme lorsque l'involution utérine sera complète.

En effet, voici ce qui arrive, on constate au moment d'un accouchement un kyste de l'ovaire. La femme est prévenue qu'on devra l'opérer quelques semaines après l'accouchement. Les suites de couches sont bonnes. La malade se remet peu à peu, reprend des forces, peut même se livrer à ses anciens travaux. L'opération ne lui paraît plus urgente à elle ; mais tout-à-coup, comme dans l'observation de M. Larroyenne, après une fatigue un peu plus grande, elle est prise de douleurs de plus en plus vives qui ne tardent pas à devenir insupportables. Et il faut l'opérer immédiatement.

Donc, lorsqu'un kyste de l'ovaire aura été constaté à la fin de la grossesse ou pendant l'accouchement, ne pas laisser partir la malade sans l'avoir débarrassée de cette perpétuelle menace, et le faire aussitôt que l'involution utérine sera un fait accompli.

APPENDICE

Observations d'ovariotomie pendant la grossesse.

OBSERVATION I (résumée).

Kyste de l'ovaire droit à pédicule tordu. Grossesse de sept semaines. Ovari-
otomie double. Avortement.

Mme C..., 30 ans, est atteinte d'un kyste de l'ovaire dont les débuts remontent à trois ans.

Elle a deux enfants dont le plus jeune a 5 ans 1/2.

Il y a trois ans elle a eu deux poussées de péritonite avec fièvre, vomissements, douleurs localisées qu'on attribue à une torsion du pédicule

Au mois d'octobre 1887. — Kyste du volume d'une tête d'adulte, dépassant l'ombilic. Grossesse probable de six semaines. Malgré cela l'ovariotomie par crainte d'adhérences consécutives est proposée et acceptée.

Incision de 10 centimètres. Adhérences multiples à l'intestin. Pédicule court, tordu trois fois, sur lequel on met trois ligatures en chaîne. L'ovaire gauche contient un petit kyste et est enlevé.

Suites très bénignes pour la mère. Avortement au bout de huit jours.

Terrillon et Valat. *Archives de Tocologie*. Avril 1888.

OBSERVATION II (résumée).

Kyste de l'ovaire droit à pédicule tordu. Adhérences nombreuses. Deuxième mois de la grossesse. Continuation de la grossesse (Engstrom).

Femme qui a eu sept enfants vivants. A ses dernières couches on s'aperçoit que le ventre est plus gros qu'à l'ordinaire si bien qu'on s'attend à un accouchement gémellaire. Le lendemain de l'accouchement la malade est prise de douleurs abdominales accompagnées de météorisme qui la retiennent sept semaines au lit. On fait le diagnostic de tumeur abdominale. Les règles reparurent pour la première fois après l'accouchement le 2 décembre 1884 et durèrent jusqu'au 8, elles revinrent ensuite le 28 décembre 1884 et durèrent jusqu'au 4 janvier 1885 ; depuis elles furent supprimées.

A l'examen. — Utérus grossi recourbé en arrière et pressé contre le fond du bassin, se mouvant un peu de côté ; l'abdomen est bombé par une tumeur ronde, oscillante, non mobile, descendant profondément dans le bassin, dépassant en haut le nombril de quatre doigts et occupant presque toute la largeur de l'abdomen. La plus grande circonférence de l'abdomen est 97 centimètres. On ne songe pas à la possibilité d'une grossesse.

Le 29 janvier 1885. — Ovariectomie. Kyste tellement adhérent à la paroi antérieure qu'on lui fait une section par mégarde. On vide ses diverses loges à l'aide d'éponges et on peut enfin le décorti-

quer malgré des adhérences supérieures avec l'épiploon sur toute sa largeur. Le pédicule tordu de deux tours sur son axe fut lié par trois ligatures partielles et une entière, puis réduit. Sutures profondes à la soie. Bandage de gaze iodoformée et compression du bas-ventre.

Température maxima des suites de couches 37°,8 le lendemain.

D'après des renseignements postérieurs donnés par le mari, aucune hémorrhagie ne s'était produite et la femme était grosse. Le 28 octobre elle accoucha d'un gros garçon vivant de 5 kil. 100 gr. Les couches normales.

OBSERVATION III (résumée).

Kyste parovarien gauche. Deuxième mois de grossesse. Pédicule très court.
Avortement le troisième mois (Engstrom).

La malade, 39 ans, a eu deux fausses couches, puis 5 enfants vivants à terme, puis une fausse couche de deux mois. Depuis la dernière fausse couche pertes de sang continuelles.

Au 15 décembre 1886 à l'examen la malade présente un utérus recourbé en avant, mobile, insensiblement grossi. A gauche et derrière tout en bas du bassin, tumeur mobile fort douloureuse de la grosseur d'un petit œuf de poule. Mise à un régime tonique. Règles fort abondantes du 8 au 15 janvier.

Le 14 février. — La tumeur est derrière la symphyse, du volume d'un gros œuf de poule, solide, mobile transversalement. Aucune apparition de sang depuis le milieu de janvier. La malade est probablement enceinte.

Le 17 février. — Opération. Incision sur la ligne médiane d'une

grandeur suffisante pour permettre d'introduire trois doigts dans la cavité abdominale et de saisir la tumeur.

On trouve qu'elle manque de pédicule propre, qu'elle s'est développée dans le ligament large et qu'elle est située en dehors et en bas de l'ovaire, son extrémité se trouvant près de celui-ci. On put néanmoins former un court pédicule. L'ovaire fut ménagé, mais la partie périphérique de la trompe de Fallope intimement liée au kyste dut, par contre, être comprise dans le pédicule nouvellement formé.

Opération de 30 minutes.

Le cinquième jour 38°,7 le matin, les autres jours jamais plus de 38.

La marche de la guérison a été régulière, les règles n'ont pas reparu, mais la malade fit une fausse couche le 28 mars, 22 jours après sa sortie du service et 39 jours après l'intervention.

OBSERVATION IV (inédite)

Grossesse de kyste ovarique, torsion du pédicule. Laparotomie au troisième mois, guérison. Continuation de la grossesse, par A. Monprofit, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Angers, membre correspondant de la Société de Chirurgie.

Mme G., âgée de 26 ans, d'une santé habituellement très bonne, a déjà eu deux grossesses qui ont évolué normalement, et se sont terminées par l'accouchement à terme dans les meilleures conditions. Les débuts de la grossesse actuelle ont été un peu pénibles ; après la fin du premier mois, des douleurs assez vives se sont manifestées dans le bassin, dans les reins, avec malaise général assez prononcé ; l'examen local ne fit alors rien reconnaître de

particulier, et ces phénomènes douloureux s'amendèrent peu à peu ; le deuxième et le troisième mois se passèrent sans encombre. A la fin du troisième mois les accidents survinrent d'une façon subite : le 19 octobre dans la nuit, après une journée occupé à divers travaux qui avaient amené une réelle *fatigue*, brusquement déboulèrent de vives douleurs abdominales et des vomissements. Le D^r Feillé, professeur à l'Ecole de médecine d'Angers, fut appelé à voir la malade à ce moment.

Les douleurs abdominales étaient très vives, surtout en bas et à gauche, le ventre était légèrement ballonné et les vomissements continuels.

Les soins médicaux amendèrent, pendant les jours suivants, l'acuité des douleurs et des différents accidents. Mais M. Feillé ayant constaté la présence d'une tuméfaction résistante située dans la partie gauche du bas-ventre, pensa à une anomalie de la grossesse, et voulut bien m'appeler à voir la malade avec lui ?

A ce moment les accidents, qui avaient débuté huit jours auparavant, étaient notablement amendés ; l'état général était cependant assez mauvais, la malade était très amaigrie et se plaignait encore de vives douleurs dans le bas-ventre. Nous examinâmes avec soin l'abdomen et voici ce que nous trouvions par les différents modes d'investigation. Le ventre était volumineux et paraissait plus développé qu'il ne devait l'être chez une femme enceinte de trois mois, il présentait en particulier une saillie plus manifeste du côté gauche.

A la palpation, on percevait facilement une tumeur assez régulièrement arrondie, résistante, mate et peu mobile. En combinant le palper et le toucher, on trouve facilement l'utérus augmenté de volume, situé profondément, et légèrement repoussé à droite ; sur son côté gauche on délimite une tumeur assez régulièrement arrondie, donnant la sensation d'une poche liquide très fortement tendue ou d'une masse solide, mais très élastique. L'utérus et la

tumeur ne font pas corps ensemble, un sillon assez profond les sépare à la partie supérieure, et il existe entre les deux masses une certaine mobilité. Nous croyons trouver la matrice encore peu volumineuse, et nous pensons que son développement n'est pas en rapport avec l'époque supposée de la grossesse.

La grossesse paraissant bien certaines d'après les commémoratifs, et les divers symptômes fournis par l'examen clinique, nous posons avec M. Feillé le diagnostic de tumeur juxta-utérine pouvant gêner la marche de la grossesse et entraînant une intervention aussi prompte que possible.

Nous pensâmes à la possibilité d'une grossesse extra-utérine tubaire, ou à celle d'un kyste ovarien ayant subi un développement rapide.

Dans ces conditions nous fûmes l'un et l'autre absolument d'accord pour proposer la laparotomie ; l'opération acceptée, la malade fut aussitôt transportée à la maison de santé de Saint-Martin-la-Forêt.

L'opération fut pratiquée le 4 novembre 1895 dans mon pavillon spécial avec l'assistance de M. le D^r Feillé.

J'incisai la paroi abdominale avec beaucoup de prudence ; dès que le péritoine fut ouvert, une tumeur arrondie de couleur noirâtre vint se présenter à la plaie, en même temps que s'échappa une certaine quantité de liquide ascitique légèrement coloré. À l'aspect de cette tumeur, je pensai aussitôt à la présence d'un kyste avec torsion du pédicule ; en l'écartant un peu sur la gauche il me fut facile de reconnaître, en bas et à droite, un utérus gravide parfaitement normal d'environ trois mois.

Allongeant un peu l'incision de la paroi je pus faire sortir sans la réduire la tumeur qui présentait à peu près le volume d'une noix de coco ; elle avait déjà contracté quelques adhérences avec la paroi abdominale, qui cédèrent facilement ; l'épiploon lui adhérait aussi, il fut lié et sectionné, je pus attirer à l'extérieur cette

tumeur qui fut reconnue alors pour un *kyste ovarique gauche* dont le *pédicule assez mince* était tordu cinq fois sur lui-même.

Le pédicule fut lié avec un fil de soie et sectionné. L'ovaire droit était sain.

La paroi fut suturée selon notre pratique habituelle par trois plans de suture à la soie fine.

La durée de l'opération fut de 35 minutes.

Le contenu du kyste, liquide noirâtre, était manifestement formé en majeure partie par du sang épanché et altéré.

Les parois présentaient cette apparence spéciale, grisâtre en certains endroits, noire dans d'autres qui est particulière aux kystes à pédicule tordu.

Les suites de l'intervention furent normales et parfaitement simples, les douleurs abdominales disparurent, il n'y eut aucune trace de fièvre. Au bout de quinze jours la malade put se lever et retourna chez elle trois semaines après l'intervention.

La santé générale s'améliora très rapidement ; cette malade se remit à manger et ne tarda pas à reprendre l'embonpoint et la bonne mine qu'elle avait avant ses accidents.

La grossesse suit son cours normal, elle est maintenant arrivée à la fin du septième mois et tout fait prévoir qu'elle continuera ainsi jusqu'à terme normal.

Nous n'avons pas à regretter d'être intervenu, et nous pensons qu'ici encore notre règle de conduite habituelle est justifiée : ouvrir le ventre si le diagnostic est incertain et si on peut supposer qu'une incision exploratrice peut sauver la malade. La grossesse n'est qu'une raison un peu plus forte d'agir ainsi en cas de doute, puisqu'il y a deux existences à sauver par l'intervention, deux vies à perdre par l'abstention.

Dans les grossesses compliquées de tumeurs analogues,

ouvrir le ventre est un devoir qui s'impose absolument au chirurgien soucieux de la vie de ses malades, et de sa renommée.

Nous avons évité avec soin toutes les manipulations sur l'utérus qui auraient pu amener le début des contractions de la fausse couche; nous avons opéré sur notre lit horizontal ordinaire, et non point sur un plan incliné, de sorte que la matrice a été exposée à l'air aussi peu que possible.

Nous croyons que dans beaucoup de cas analogues l'avortement a été provoqué par la négligence de ces différentes précautions.

Nous utilisons volontiers la position sur le plan incliné qui a été avec tant de raison préconisée par notre ami H. Delagenière, mais nous croyons que dans des cas analogues au nôtre elle pourrait avoir des inconvénients; nous n'avons pas besoin de faire ressortir aussi que l'incision devait avoir le pas sur toute ponction exploratrice ou aspiratrice qui aurait pu avoir dans notre cas les plus mauvais effets si la matrice avait été quelque peu intéressée. Toutes les fois qu'il y a soupçon ou possibilité de grossesse l'incision doit être préférée à toute autre intervention : c'est le moyen le plus simple, le plus efficace et le moins dangereux pour arriver à un diagnostic précis et à un traitement rationnel et vraiment curatif.

OBSERVATION V (résumée).

Tumeur dermoïde de l'ovaire droit. Troisième mois de la grossesse. Ovari-
tomie. Continuation de la grossesse (Engstrom).

Malade ayant eu une endométrite fongueuse un an auparavant
et un curetage. Diagnostic fait alors d'un kyste de l'ovaire.

D. R. du 6 au 13 octobre 1887.

Au 6 décembre, à l'examen : utérus mou, grossi comme au troi-
sième mois de la grossesse, mobile, non douloureux ; attenant au
côté droit du corps de l'utérus, une tumeur ronde de la grosseur
d'une tête d'enfant, mobile et de consistance assez ferme ; ligne
blanche brun foncé, ainsi que les aréoles. Sécrétion lactée. La
grossesse ne paraît pas douteuse. La tumeur avait en outre gagné
en grosseur.

Le 7 décembre 1887, incision sur la ligne blanche presque jus-
qu'au nombril. Kyste dermoïde de l'ovaire droit qui sort par la
plaie. Le pédicule indépendant de la trompe de Fallope est large
d'une main. Deux ligatures partielles et une ligature circulaire
sont jetées autour de lui tout en s'abstenant de ne pas produire de
traction. Aucune toilette de l'abdomen. Opération ayant duré 45
minutes.

Pendant deux jours la malade souffre de vomissements conti-
nuels. Teinture d'opium à la dose de 20 gouttes, par l'anus.

Température maxima 37°,7.

Accouche le 15 juillet 1888 d'une fille de 9 livres.

OBSERVATION VI (Résumée).

Kyste de l'ovaire droit avec commencement de torsion. Grossesse de trois mois. Ovariectomie. Accouchement à terme. (Terrillon).

Célestine B..., 29 ans, a eu trois accouchements à terme, le dernier il y a 5 ans.

Il y a trois ans apparition d'une tumeur grosse comme un œuf au-dessus de la symphyse pubienne, tumeur qui n'a jamais fait souffrir la malade.

Le ventre est irrégulièrement développé, dilaté. Circonférence ombilicale 83 centimètres.

Le col de l'utérus est légèrement augmenté de volume, il est remonté, ce qui rend sa consistance difficile à apprécier.

Les règles sont supprimées depuis trois mois.

Incision abdominale de 6 à 8 cm., le 15 mars, le grand épiploon est écarté.

Les deux poches sont ponctionnées et vidées.

Le pédicule est long, grêle et a subi un commencement de torsion.

L'utérus est gros et du volume d'un utérus gravide de six mois.

Durée de l'opération, 20 minutes.

Suites de l'opération très bénignes.

Le 8 avril. — La malade quitte le service parfaitement guérie. Accouchement normal à la fin de septembre 1887.

OBSERVATION VII (résumée).

Kyste de l'ovaire droit. Grossesse de trois mois. Guérison. Continuation de la grossesse (Delagenière) (1).

Femme de 33 ans, enceinte de trois mois; est prise tout à coup d'accidents péritonéaux. Ces accidents disparaissent et on découvre l'existence d'une tumeur abdominale, occupant le flanc gauche, fluctuante. Le 14 janvier 1892 laparotomie; ablation d'un kyste de l'ovaire droit dont le pédicule est complètement tordu sur lui-même. Ce kyste est adhérent sur toute sa surface; mais ces adhérences sont molles et friables. La malade se rétablit rapidement; la grossesse suit son cours et l'accouchement se fait normalement le 3 juillet 1892.

OBSERVATION VIII (résumée).

Kyste de l'ovaire. Grossesse de trois mois. Ovariectomie. Continuation de la grossesse (Monod).

Femme de 29 ans, enceinte de trois mois, kyste abdominal volumineux.

L'incision faite, derrière le kyste le chirurgien trouve un utérus

1. Delagenière. *Archives provinciales de Chirurgie*, novembre 1894.

2. Monod. Société de chirurgie, 1^{er} février 1888.

gravide. La tumeur est enlevée. La malade guérit sans fièvre et la grossesse continue jusqu'à terme.

OBSERVATION IX (résumée).

Kyste dermoïde de l'ovaire. Grossesse de trois mois. Ovariectomie double.
Continuation de la grossesse (Knowsley-Thornton) (1).

Femme de 22 ans, présentant au troisième mois de la grossesse un ventre d'un volume, non en rapport avec l'âge de la grossesse. On sentait une tumeur fluctuante volumineuse dont les dimensions augmentaient rapidement.

L'ovariectomie double fut pratiquée et suivie de guérison.

Accouchement au huitième mois sans complications.

OBSERVATION X (résumée).

Kystes papillomateux de l'ovaire. Troisième mois de la grossesse. Ovariectomie double. Continuation de la grossesse (Meredith) (2).

Une primipare avait deux kystes papillomateux de l'ovaire qui lui furent enlevés par la laparotomie au troisième mois de la grossesse, des adhérences étendues nécessitèrent l'emploi d'un tube

1. Knowsley-Thornton (*Obstetrical Society of London*, 3 février 1886).

2. Meredith. *Two Cases of double ovariectomy during Pregnancy* (*Obstetrical Society of London* (Juillet 1892) in *British Medical Journ.*)

de drainage pendant 36 heures. La patiente eut une bonne convalescence : sa grossesse ne fut pas interrompue et elle fut délivrée à terme d'un garçon bien développé.

OBSERVATION XI

Kyste multiloculaire de l'ovaire. Grossesse de quatre mois. Ovariectomie double. Avortement. Mort (Edward Cotterell) (1).

M. P..., âgée de 37 ans, multipare, femme en très mauvais état, vint me consulter au commencement de mars 1890. Elle croyait être enceinte de trois mois, mais trouvait son abdomen plus développé qu'il n'était habituellement à terme. Elle se plaignait aussi d'une grande douleur abdominale. L'examen du ventre révéla une tumeur probablement ovarienne plus développée du côté gauche mais empiétant aussi sur le côté droit. Il y avait un peu d'ascite : l'utérus probablement grandi était augmenté de volume.

L'opération décidée fut pratiquée le 25 avril 1890. J'ouvris l'abdomen et j'enlevai un kyste multiloculaire volumineux adhérent à l'ovaire gauche. L'opération présenta quelque difficulté à cause d'un grand nombre d'adhérences, les unes anciennes, les autres récentes. Je découvris alors un autre gros kyste multiloculaire très adhérent aussi en haut et venant de l'ovaire droit. L'utérus fut trouvé grossi.

L'opération fut faite antiseptiquement sans spray. On mit un

1. Cotterell. *Short note of a case of double ovariectomy during pregnancy* The *Lancet*, octobre 1892).

tube de drainage de Keith. La malade souffrit beaucoup du shock pendant 3 heures environ, après quoi elle alla remarquablement par rapport à sa santé avant l'opération.

Quarante-deux heures après l'opération, la malade avorta d'un fœtus de quatre mois ; après quoi elle baissa rapidement et mourut en trois heures environ.

L'autopsie ne montra pas trace de péritonite.

OBSERVATION XII (résumée).

Kyste de l'ovaire. Grossesse de trois mois et demi. Ovariectomie double.
Continuation de la grossesse (Polaillon) (1).

Il s'agit d'une femme de 29 ans, blanchisseuse, qui, depuis six ans, avait constaté l'augmentation de volume de son ventre. Les règles sont disparues depuis cinq mois. Quelques jours avant son entrée à l'hôpital elle éprouve dans le ventre des douleurs violentes qui font penser en ville à une péritonite. Amaigrissement considérable, douleurs incessantes, vomissements, fièvre. A l'hôpital on constata facilement l'existence d'un kyste de l'ovaire qui dépassait l'ombilic de trois ou quatre travers de doigt et de plus par le toucher l'existence d'une tumeur grosse comme une orange située dans la concavité du sacrum. Le col était mou, œdématié d'où l'on conclut à la possibilité d'une grossesse compliquant un kyste de l'ovaire.

Laparotomie. — L'ovaire gauche, dégénéré, est enlevé avec le

1. Polaillon. Académie de médecine (19 juillet 1892), *in Ann. de gynéc.*, août 1892.

kyste. L'ovaire droit, kystique, est également enlevé après décollement de nombreuses adhérences avec l'épiploon et l'intestin, donnant lieu à d'abondantes hémorrhagies en nappe.

Les suites opératoires sont excellentes. C'est à peine si la température s'élève à 38° le lendemain de l'opération, cinq mois et demi après, l'opérée mettait naturellement au monde une fille à terme et bien constituée.

OBSERVATION XIII (résumée).

Torsion du pédicule. Kyste de l'ovaire droit. Quatrième mois de la grossesse. Ovariectomie. Accouchement à terme (Engstrom).

M... J..., 23 ans, a eu une fausse couche de deux mois en janvier 1884. Elle remarque alors une tumeur mobile de la grosseur du poing remuant parfois dans le bassin, parfois dans la région de l'ombilic. D'autres fois tumeur douloureuse se mouvant au niveau du foie.

Devenue enceinte en août 1884 elle se présente à l'examen le 25 novembre 1884.

On trouve l'utérus mou, grossi, mobile ; dans l'abdomen une tumeur ovale, mobile, non douloureuse, à fluctuation insensible, de la grosseur d'une tête d'enfant ; placée plutôt du côté droit, mais dont une partie dépasse toujours la ligne médiane du ventre. Seins légèrement gonflés, aréoles brun foncé, ligne brune marquée. Diagnostic de la grossesse.

Laparotomie le 2 décembre.

Incision de quatre doigts le long de la ligne blanche et au dessus du nombril.

La tumeur un kyste multiloculaire prolifère est ponctionnée.

Le pédicule est large, très court, tordu d'un tour entier sur son axe avec de nombreux et larges vaisseaux qui sont en communication directe avec des vaisseaux semblables dans le ligament large droit; les ligatures durent être faites jusqu'à l'utérus même : trois partielles et une circulaire à la soie. Le pédicule est réduit.

Toilette du bassin faite avec précaution, rien n'a coulé dans la cavité abdominale. Conduite prudente vis à vis de la matrice gravide et surtout grande attention à la ligature du pédicule afin d'éviter toute tension. La plaie de l'abdomen est reconnue par des sutures profondes et par d'autres superficielles en soie. L'opération fort troublée par des vomissements a duré 45 minutes.

La première après-midi fortes injections sous-cutanées de morphine et le lendemain 25 gouttes de teinture d'opium. Température maxima 37°,9 le soir de l'opération.

Le 25 mai. — L'opérée accouchait à la maison d'accouchements de Helsingfors d'une fille de 3 k. 400.

OBSERVATION XIV (résumée).

Kyste dermoïde de l'ovaire droit. Grossesse de quatre mois. Ovariectomie.
Accouchement à terme (Engstrom).

V. J..., 31 ans, a eu trois enfants nés à terme, le dernier il y a 9 ans. A commencé à s'apercevoir de l'existence d'une excroissance dans le ventre il y a 10 ans, tumeur mobile et parfois douloureuse.

A l'examen le 10 décembre 1888 on trouve l'utérus mou, grossi,

couché en avant, le fond à égale distance de la symphyse et du nombril. Dans le bas-ventre une tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant, mobile, très peu fluctuante, ronde, non douloureuse, reliée à la corne droite de l'utérus par un court pédicule. Grossesse non douteuse.

Laparotomie le 12 décembre. — Pendant la ponction la malade ayant vomi, un peu de liquide tombe dans le ventre le long du trocart. L'incision est promptement agrandie et la tumeur extraite. Constriction du pédicule d'après le procédé de Lawson Tait et en outre par une ligature circulaire de soie faite sur deux points au-dessous de l'enveloppe péritonéale : cautérisation de la plaie au Paquelin. Toute tension du court pédicule a été évitée autant que possible. Toilette péritonéale circonspecte, mais minutieuse avec une solution tiède de sublimé au 1/2000. Durée 35 minutes.

Premier jour 20 gouttes d'opium par l'anus, le second jour quatre fois cette dose, le troisième trois fois : pas de contractions utérines. Jamais de fièvre. Accouchement à terme d'une fille de 4 kil. 250.

OBSERVATION XV (résumée).

Kyste de l'ovaire droit. Grossesse de quatre mois méconnue. Ponction de l'utérus gravide. Ovariectomie. Continuation de la grossesse (Richardson) (1).

L'auteur croyant ponctionner un kyste de l'ovaire ponctionne un utérus gravide de quatre mois environ : il s'écoula une bonne

1. Richardson. *A case of ovariectomy complicated by pregnancy.* (*The Boston Med. and surg. journal*, 1889. In *Annales de Gynécologie*, Mars 1892).

quantité de sang et il fallut fermer cette plaie utérine à l'aide de quatre points de suture au catgut.

Mais il existait en même temps un kyste, développé au dessus de l'ovaire droit, à long pédicule, qui fut enlevé facilement. La malade a guéri parfaitement et sa grossesse a continué à évoluer normalement.

OBSERVATION XVI (résumée).

Kyste de l'ovaire pesant 38 livres. Quatrième mois de la grossesse. Double ovariectomie, continuation de la grossesse (Potter) (1).

Il s'agit d'une femme ayant une volumineuse tumeur de l'ovaire, et arrivée au quatrième mois de sa grossesse. Potter lui fit une double ovariectomie. La tumeur enlevée pesait 38 livres. La femme accouchait cinq mois plus tard, à terme, d'un enfant de 7 livres 1/2.

OBSERVATION XVII (abrégée.)

Kyste de l'ovaire avec torsion du pédicule. Grossesse de quatre mois. Ovariectomie. Suites opératoires septiques. Continuation de la grossesse (Maclean) (2).

Il s'agit d'une femme de 29 ans, admise à l'hôpital des femmes de Chelsea, le 23 août 1893. Voici son histoire :

1. Potter, in *Am. Journ. of Obst.* (oct. 1888).

2. E.-J. Maclean. *Case of ovariectomy during pregnancy axial rotation cyst* (*The Lancet*, 20 janv. 1894).

Elle a eu six enfants, le plus jeune né onze mois auparavant.

Il y a six ans elle s'est aperçue d'une tumeur abdominale qui a gêné son second accouchement, mais n'a rien fait aux autres. Au moment de sa troisième grossesse elle consulta un chirurgien de Londres qui lui offrit de la faire accoucher prématurément et de l'opérer après.

Elle refusa et l'accouchement se fit naturellement et à terme.

Dix jours avant son admission elle fut prise d'une violente douleur dans l'abdomen qui continua depuis avec plus ou moins d'intensité.

Les règles n'avaient pas reparu depuis quatre mois. Cette femme était dans un mauvais état évident.

L'abdomen distendu interdisait une palpation fructueuse.

Au toucher, l'utérus augmenté de volume était pressé contre le pubis. Le col était très élevé.

La température était de 102°,4 Fahr. Le pouls à 120 et petit.

Le diagnostic porté fut tumeur ovarique avec pédicule probablement tordu. Grossesse vraisemblable.

A 6 heures, l'abdomen fut ouvert. La couleur de la poche qui se présenta confirma le diagnostic. Péritonite généralisée et récente avec des adhérences nombreuses mais faciles à détacher. On évacua 11 pintes d'un liquide foncé et sanguinolent. Le pédicule était tordu deux fois sur lui-même. Plaques sur les parois indiquant un commencement de sphacèle.

Dans les premiers jours, la malade fut assez bien, mais le troisième jour, le thermomètre remonte à 102 et ne revint, à 99° que le dixième jour, moment auquel il y eut issue de suppuration par les sutures.

Au bout de 34 jours la malade était remise. Revue le 23 décembre, elle se plaignait d'une légère douleur dans la fosse iliaque, mais pouvait parfaitement vaquer à ses occupations habituelles. La grossesse suivit son cours normal.

OBSERVATION XVIII

Kyste de l'ovaire gauche. Grossesse de cinq mois. Ovariectomie. Accouchement à terme (Terrillon).

Jeanne M..., âgée de 28 ans, a eu il y a un an, un accouchement à terme, facile, mais depuis son ventre est resté gros.

A son arrivée à l'hôpital, il présente l'aspect d'un ventre gravide de huit mois, la poche est peu tendue et la fluctuation manifeste. Circonférence ombilicale 102 centimètres.

Col utérin, remonté, mou, entr'ouvert. Utérus mobile.

Les bruits du cœur fœtaux ne sont pas perçus à l'auscultation. Pas de symptômes généraux.

Le 12 novembre. — Incision abdominale, courte, puis prolongée. Ponction du kyste. Ouverture de plusieurs poches avec les ciseaux.

Pédicule court très large, adhérent à l'intestin.

Six ligatures. Utérus gravide de cinq mois.

Cette malade a accouché le 16 mars 1888, à peu près à terme d'un enfant bien portant et sans accidents.

OBSERVATION XIX (résumée).

Kyste dermoïde de l'ovaire droit. Grossesse de cinq mois. Ovariectomie. Continuation de la grossesse (Delagenière).

La nommée Aline B..., âgée de 25 ans, bipare, a vu ses règles pour la dernière fois en décembre 1893. Elle vient consulter

pour le volume anormal de son ventre, qui resté gros depuis sa couche, a acquis depuis trois mois un volume considérable. Il est distendu par une tumeur fluctuante qui va jusque sous les fausses côtes. A l'ombilic le ventre mesure 92 cm. 1/2.

Le 3 avril 1894. — Incision sous-ombilicale de 8 centimètres. Le kyste apparaît à la plaie libre de toute adhérence. Une ponction laisse écouler quatre litres d'un liquide brunâtre. Le kyste est ensuite attiré par la plaie et séparé de son pédicule très large sur lequel on est obligé de passer trois fils. L'utérus est normalement développé; son fond s'élève à deux travers de doigt de l'ombilic. Deux rangées de sutures.

Jamais de température, pas le moindre incident. Les fils sont enlevés le huitième jour. La malade se lève le dix-huitième et quitte la maison de santé le 21.

L'accouchement arrivé le 15 septembre s'est passé normalement, sans complications.

OBSERVATION XX (résumée).

Kystes dermoïdes de l'ovaire. Grossesse de cinq mois. Ovariectomie double.

Avortement 72 heures après. Guérison (Mundé) (1).

Il s'agit d'une femme dont Mundé raconte le cas à la société obstétricale de New-York.

Il lui a fait il y a dix jours une ovariectomie double pour deux kystes dermoïdes des ovaires.

1. Mundé. *Soc. obstétr. New-York*, 2 novembre 1886. In *Annales de Gynécologie*.

La femme est avortée 72 heures après.

Nous avons retrouvé ce cas dans une statistique de Cotterell qui nous apprend la guérison définitive de la femme.

OBSERVATION XXI

Kyste multiloculaire de l'ovaire. Cinquième mois de la grossesse. Ovariectomie. Continuation de la grossesse (Dranitzin) (1).

OBSERVATION XXII (Résumée).

Kyste de l'ovaire droit. Cinquième mois de la grossesse. Ovariectomie, Continuation de la grossesse (Condamin) (2).

Il s'agit d'une femme de 33 ans, enceinte de cinq mois.

Depuis trois mois son abdomen a pris un accroissement rapide : la femme se fatigue plus vite et présente de la dyspnée.

Actuellement on constate dans l'abdomen une grosse masse arrondie, rénitente, remontant à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Par le toucher vaginal on sent un col ramolli ; au-dessus de l'orifice, un évasement du col utérin et enfin on perçoit très nettement le ballottement foetal.

1. Dranitzin. *De la clinique du professeur Ott*. Société d'accouchements de Saint-Petersbourg, 30 décembre 1893, *In Ann. de gynécologie*, septembre 1894.

2. Condamin. *Kyste de l'ovaire et grossesse*. Quand faut-il intervenir. *Lyon-médical*, 23 janvier 1894.

On enlève par la laparotomie le kyste qui tenait à l'ovaire droit.

Les suites opératoires furent des plus simples. Pas de température. A aucun moment il n'y eut menace d'avortement. Au quinzième jour la malade rentrait chez elle en parfait état.

OBSERVATION XXIII

Kyste de l'ovaire. Grossesse de cinq à six mois. Ovariectomie. Guérison.
Continuation de la grossesse (Angelini) (1).

OBSERVATION XXIV (résumée).

Kyste de l'ovaire gauche. Sixième mois de la grossesse. Ovariectomie. Continuation de la grossesse (Engstrom).

Femme VI pare. Son dernier enfant est né en mai 1886.

Au mois d'octobre 1886 se sent de fortes douleurs dans le ventre qui ne durèrent qu'une semaine.

Au début de 1887 tumeur très mobile dans le côté droit du bas-ventre de la grosseur du poing.

Dernières règles à la fin de juin 1888. Le 10 décembre 1888 le bas-ventre est fortement bombé par une tumeur fluctuante allant jusqu'à mi chemin du pubis à l'ombilic.

Au toucher le col est situé derrière et à gauche du pubis. On

1. Angelini. *Raccoglitori med.* Forli 1889, 101-109.

ne peut sentir le fond de l'utérus. La plus grande circonférence de l'abdomen est 96 centimètres.

L'auscultation ne fait pas entendre les bruits du cœur fœtaux.

Le 11 décembre 1888. — Incision à égale distance du pubis et de l'ombilic. Le kyste qui se présente aux lèvres de la plaie est ponctionné. On enlève 5 litres de liquide.

Le pédicule est gros, court et large, il contient de nombreux vaisseaux. On évite tout tiraillement. Après la section du pédicule on cautérise. Légère toilette péritonéale.

Administration d'opium comme dans l'observation XIII.
Température max. 38°, 1.

Elle accouche normalement le 18 mars 1889 d'un gros garçon vivant.

OBSERVATION XXV (résumée).

Kyste de l'ovaire gauche. Grossesse de sept mois. Ovariectomie. Continuation de la grossesse (Engstrom).

P. H..., 24 ans, ayant eu un accouchement à terme d'un enfant vivant le 28 avril 1887. A commencé à souffrir de grands maux par tout le corps depuis le printemps de 1887. Les règles reviennent deux mois après l'accouchement.

Elle a commencé à sentir les premiers mouvements de l'enfant au mois de mars 1889. Elle a beaucoup souffert dans le côté gauche pendant ces derniers mois.

Etat actuel 15 avril 1889. — L'utérus mou et grossi remonte à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. On peut palper directement les petites parties du fœtus.

A gauche de l'utérus et attenant à la corne de celui-ci, une tu-

meur grosse comme un œuf de poule très peu fluctuante, rondé, mobile et très douloureuse.

Quelques jours après il se déclare une bronchite aiguë avec crachats purulents.

Le 18 avril. — Ovariectomie, Incision sur la ligne blanche au-dessous et tout prêt de l'ombilic. A l'aide de trois doigts introduits dans la cavité abdominale, on ramène une tumeur provenant de l'ovaire gauche. Le pédicule court, large d'environ trois doigts, contient de nombreuses veines dilatées. La constriction est faite en évitant toute traction par trois ligatures à la soie.

Plaie suturée comme à l'ordinaire.

L'opération a duré 25 minutes.

L'opium est donné les jours suivants selon la pratique habituelle d'Engstrom. Tout fut ensuite normal.

L'opérée accoucha d'un garçon vivant du poids de 8 livres le 20 juillet 1889. L'accouchement et la puerpéralité furent sans perturbation.

OBSERVATION XXVI (résumée).

Kyste de l'ovaire énorme. Grossesse de sept mois. Ovariectomie. Continuation de la grossesse (Suslin) (1).

Il s'agit d'une femme de 19 ans, enceinte de sept mois, portant une tumeur abdominale kystique d'un volume énorme, puisque l'abdomen avait au niveau de l'ombilic 1 m. 35 de circonférence.

La laparotomie pratiquée conduit sur un kyste avec adhérences

1. Suslin. *The Medical Record*, 27 mars 1886.

de la face antérieure au péritoine pariétal. Le kyste attiré au dehors est ponctionné. L'utérus est en arrière et à gauche de la tumeur.

Rien de particulier pour le pédicule qui est laissé dans l'abdomen.

La grossesse va à terme et est suivie d'un accouchement normal.

OBSERVATION XXVII (résumée).

Gros kyste de l'ovaire. Grossesse de sept mois. Ovariectomie. Continuation de la grossesse (Bantock) (1).

Bantock a pratiqué la laparotomie chez une femme de 28 ans, à la fin du septième mois de la grossesse pour un kyste de grandes dimensions ayant nécessité deux mois auparavant la ponction. La femme accoucha à terme soixante-cinq jours après d'un enfant vivant.

OBSERVATION XXVIII (résumée).

Kystes des ovaires, l'un avec pédicule tordu. Age de la grossesse inconnu. Ovariectomie double. Continuation de la grossesse (Meredith) (2).

Il s'agit d'une multipare âgée de 31 ans chez laquelle l'ovaire gauche portait un kyste multiloculaire avec un pédicule récemment

1. Bantock. *British Medical Journal*, 11 fév. 1888.

2. Meredith. *Obstet. Society of London*, juillet 1892.

tordu. L'ovaire droit avait un kyste dermoïde. Pas de drainage. La malade guérit parfaitement et accoucha heureusement à terme d'une fille.

Dans ce cas, comme dans l'autre du même auteur précédemment cité, la délivrance fut suivie de contraction normale de l'utérus et plus tard d'une involution parfaite.

OBSERVATION XXIX (résumée).

Kyste de l'ovaire. Age de la grossesse inconnu. Ovariectomie. Continuation de la grossesse (Mundé).

Chez une malade enceinte prise d'accidents péritonéaux, Mundé enleva une tumeur multiloculaire pesant 2 livres. L'opérée recommença à vomir. Il dilata alors le col avec le doigt et fit des injections de morphine. Il ne doute pas qu'elle aille jusqu'à terme.

Observations de ponctions pendant la grossesse et le travail.

OBSERVATION XXX

Kyste dermoïde adhérent dans le cul-de-sac de Douglas. Accouchement provoqué au huitième mois (Fochier) (1).

L'accouchement fut provoqué au huitième mois ; avec la sonde ; trois jours après écoulement des eaux. Ponction avec un trocart

1. Fochier. *Lyon Médical*, 4 juillet 1886.

de 3 millimètres de diamètre que j'avais eu soin de chauffer et dont toute la partie qui restait en dehors de la vue fut enveloppée de compresses imbibées d'eau à 45°. Grâce à cet artifice je pus voir arriver dans un bol un liquide huileux qui se coagula rapidement. J'essayai d'aspirer avec l'appareil de Dieulafoy préalablement chauffé ; je ne réussis qu'à encrasser le tube de caoutchouc avec la matière analogue à du suif qui se coagulait dans le bol. Je dus me contenter de laisser écouler le liquide sous l'influence des poussées maternelles qui commençaient et nous obtinmes ainsi quatre à cinq cuillerées de suif, peu consistant dont la température de fusion était supérieure à 38°.

Forceps.— Enfant vivant. Plus tard 40°. Suppuration, débridement, drainage, lavage, guérison.

Le D^r Fochier recommande son nouveau procédé pour la ponction des kystes dermoïdes dont le contenu se coagule aux environs de 30°.

OBSERVATION XXXI (résumée)

Kyste de l'ovaire. Grossesse de huit mois et demi. Ponction vaginale. Version. Accidents consécutifs. Ovariectomie. Guérison (Barton Cooke) (1).

Il s'agit d'une femme porteur depuis plusieurs années d'une tumeur abdominale. A un certain moment apparaissent tous les signes rationnels d'une grossesse qui ne s'affirme qu'au septième mois.

A huit mois et demi l'auteur pratique à travers la paroi vagi-

1. Barton Cooke, *Medical News Philadelphia*, 12 juil. 1892, in *Ann. de Gynécologie*, 1892.

nale une ponction qui donne issue à un liquide foncé et grumeleux et qui permet de faire la version.

Mais des phénomènes d'infection surviennent et nécessitent une laparotomie d'urgence. On trouve un gros kyste à parois noirâtres adhérant à l'utérus et plein d'un pus fétide.

L'ablation étant impossible, la poche fut suturée à la paroi et la malade guérit.

OBSERVATION XXXII (résumée)

Kyste de l'ovaire. Forceps et ponction pendant le travail. Mort de la mère et de l'enfant (Nolting) (1).

Chez une femme multipare en travail Nolting trouve un kyste de l'ovaire de la grosseur du poing. Une application de forceps n'ayant pas produit de résultat il ponctionne le kyste. Enfant mort-né. La mère succombe quatre jours après à des accidents puerpéraux.

OBSERVATION XXXIII (résumée).

Grossesses successives accompagnées de ponctions et suivies d'avortement ou d'accouchement prématurés (Leçon du professeur Pinard sur les kystes de l'ovaire dans la grossesse).

C'est le cas curieux d'une femme ayant un kyste de l'ovaire depuis plusieurs années. Elle devient enceinte. Son kyste aug-

1. Nolting. *Schwangerschaft und Geburt Kompliziert durch Ovarialtumour*. Berlin 1884.

mente de volume. On la ponctionne, on retire 10 litres de liquide et elle avorte quelques jours après. Elle ne se fait pas opérer une fois rétablie.

Elle redevient enceinte. Son kyste, qui pendant l'époque de vacuité de l'utérus n'avait pas augmenté, reprend des proportions qui réclament une ponction. M. Duplay lui retire 12 litres de liquide. Accouchement prématuré.

Les mêmes phénomènes se reproduisirent à une troisième grossesse, mais la malade succomba.

Refoulement pendant le travail.

OBSERVATION XXXIV

Kyste pelvien de l'ovaire. Réduction spontanée pendant le travail. Application de forceps.

(Cahiers d'observations de la Clinique Baudelocque).

Femme arrivée le 10 juin 1891.

Le 12 juin on constate que le fœtus est repoussé en avant par une tumeur qui siège à gauche et que le professeur Pinard diagnostique : kyste de l'ovaire. Le toucher est considérablement gêné dans le cul-de-sac postérieur par une tumeur.

Le col est placé en haut et en avant au-dessus de la symphyse. Cette tumeur fluctuante distincte de l'utérus semble se continuer avec une autre, que l'on sent dans la fosse iliaque gauche.

La tête est dans la fosse iliaque droite, d'où elle ne varie pas

jusqu'au 12 juillet. De temps à autre quelques légers nuages d'alumine.

Au début du travail les choses n'ont pas changé, mais aussitôt après les premières douleurs il s'opère un déplacement; le kyste remonte et l'utérus tend à descendre dans l'excavation.

Le même jour à l'arrivée de cette femme à la salle de travail, on peut constater au fur et à mesure que le travail avance le mouvement ascensionnel du kyste et l'engagement progressif de la tête. Au moment de l'accouchement le kyste était tout à fait dans le flanc gauche et en arrière. A 4 h. 30 du soir les bruits du cœur foetal deviennent irréguliers. Mlle Roze fit alors une application de forceps qui amena un enfant mort ayant autour du cou un double circulaire très serré.

Durée du travail 22 heures.

OBSERVATION XXXV (Résumée).

Kyste ovarique du petit bassin. Commencement du travail. Refoulement maintenu par un pessaire Gariel. Accouchement d'un enfant mort (Duchesneau) (1).

La femme âgée de 21 ans dit avoir perdu les eaux la veille.

Au toucher le col est refoulé en avant, accolé à la face postérieure du pubis à gauche. Pas d'engagement; la tête en O I G A est à cheval sur la branche horizontale du pubis et proémine fortement à l'extérieur.

1. Duchesneau, *Dystocie par kystes dermoïdes de l'ovaire* (Archives de Tocologie, Sept. 1891).

Le col perméable au doigt et non effacé présente une dilatation très peu avancée.

Les bruits du cœur sont très difficilement perçus.

Pas de mouvements actifs depuis deux jours.

Douleurs faibles et peu fréquentes.

Le lendemain, un examen plus approfondi fait constater l'existence d'une tumeur volumineuse, rénitente, molle, située en arrière et à droite de la tête et engagée en partie dans l'excavation. Le Dr Loison appelé diagnostique un kyste ovarique.

L'accouchement naturel étant impossible on a recours à la ponction, qui pratiquée avec un trocart de deux millimètres fit constater l'existence de la matière jaunâtre et onctueuse caractéristique du kyste dermoïde.

Voyant cela, on préfère le refoulement à la ponction avec un gros trocart.

Le refoulement sous l'anesthésie chloroformique fut laborieux. Pour le maintenir on décida d'introduire dans le vagin un pessaire qui déterminait de vives douleurs et des contractions utérines.

Examiné deux heures plus tard, le col, sous forme de fente transversale large de deux doigts, est toujours derrière la symphyse. Peu ou pas d'engagement.

A 2 heures du soir commencement d'engagement, le col est dilaté à trois travers de doigt.

Les douleurs sont de plus en plus fortes depuis la réduction du kyste. Elles deviennent plus fréquentes vers minuit.

Le col est dilaté à trois grands travers de doigt et l'engagement est notable. Les contractions étant énergiques, on enlève le pessaire.

A une heure du matin l'accouchement d'un enfant mort né pesant 2210 grammes a lieu tout à fait spontanément.

Après quelques troubles transitoires du côté de l'abdomen et de la vessie, la femme guérit en treize jours.

On trouve dans le cul-de-sac droit une tumeur molle et sensible qu'on délimite assez facilement dans l'hypogastre droit par le toucher bimanuel.

On conseille à la malade de retourner chez elle et de se soumettre à une opération lorsque l'involution utérine sera achevée.

OBSERVATION XXXVI (résumée).

Kyste ovarique dans le cul-de-sac de Douglas au septième mois de la grossesse. Dystocie. Essais de réduction de la tumeur. Rupture et péritonite aiguë consécutive. Guérison (Loison et Duchesneau).

Il s'agit d'une primipare de 27 ans enceinte de sept mois chez laquelle le travail a débuté quatre jours auparavant avec rupture de la poche des eaux.

La femme a des douleurs toutes les quatre minutes : l'exploration vaginale n'est possible que sous chloroforme : le vagin paraît court, le doigt trouve presque aussitôt une tumeur qui remplit l'excavation laissant entre elle et la symphyse une fente à travers laquelle on glisse avec peine le doigt indicateur, qui arrive alors au-dessus de la symphyse sur un col mou, mais dont il est impossible de préciser les caractères. La tumeur elle-même est arrondie, lisse, dure ; on peut estimer son volume à une petite tête d'enfant. On croit à un fibrome.

On essaie la réduction de la tumeur avec trois doigts de la main droite prenant sur sa partie moyenne et sa face inférieure.

Pendant cette manœuvre on entend un sourd craquement com-

me d'une étoffe brusquement tendue et la tumeur devient plus molle, fluctuante. Elle s'affaisse peu à peu, dès lors on peut atteindre facilement le col qui est effacé, ouvert à deux centimètres et à travers lequel on diagnostique une présentation du siège du fœtus. Deux heures plus tard la femme accouche d'un enfant vivant, mais qui mourut une heure après.

Deux heures 1/2 après l'accouchement, pas de délivrance, le fond de l'utérus arrive à l'ombilic, pas d'hémorrhagie : le placenta est totalement adhérent. Mais l'état de la parturiente a bien changé. La face est pâle, grippée, les yeux expriment une vive souffrance, et en effet elle se plaint de douleurs intenses dans tout l'abdomen. Le pouls est fort et rapide. A chaque instant, nausées et vomissements. T. 37°.

Diagnostic de péritonite consécutive à la rupture du kyste, car le ventre est aplati, douloureux, au point qu'il est difficile de préciser la situation de l'utérus. Nouvelle anesthésie sous l'éther cette fois et délivrance artificielle; sans difficultés autres que celles résultant d'un anneau de contraction utérine. Au réveil, mêmes phénomènes généraux avec vomissements sanguinolents, d'intensité de plus en plus considérable. Faciès péritonéal typique. Pouls petit. Ventre légèrement météorisé et très douloureux.

Sous l'influence du traitement les accidents s'amendent au bout de plusieurs jours.

Cette femme revue cinq mois après son accouchement présentait dans le cul-de-sac utéro-rectal, un corps assez régulier, douloureux, d'une amande, ressemblant à l'ovaire fixé là. Pas d'adhérences.

Opération césarienne.

OBSERVATION XXXVIII

Kyste de l'ovaire. Grossesse à terme. Travail. Opération césarienne. Suc
cès complet (Pinard) (1).

La nommée B..., âgée de 24 ans, entre à la Clinique le 16 février 1891.

Elle a accouché une première fois il y a 5 ans à terme d'un enfant mort se présentant par le siège. Lors de son entrée elle se croit enceinte. Les dernières règles ont eu lieu le 27 septembre, le diagnostic présente au début quelques difficultés en raison du développement considérable du ventre, de l'anasarque et de l'ascite : la malade a une hernie ombilicale assez développée ; albumine dans les urines.

Quelques jours après l'entrée de la femme dans le service, M. Pinard formule le diagnostic de grossesse avec hydropisie de l'amnios et tumeur juxta-utérine, assez volumineuse pour gêner l'accouchement. Cette tumeur dure, volumineuse, occupe le cul-de-sac latéral droit et ne peut être refoulée au-dessus du détroit supérieur en raison de son volume. La température reste normale jusqu'au jour de l'opération.

1. Fonctionnement de la maison d'accouchements de Baudelocque, Clinique de la Faculté, dirigée par le professeur Adolphe Pinard, par le Dr G. Lepage, chef de laboratoire de la Clinique.

La femme entre en travail le 18 juin : l'opération est pratiquée à 12 h. 1/4 par M. Pinard. Il enlève l'utérus et une tumeur de l'ovaire droit pesant 883 grammes. La température reste normale : elle s'élève seulement à 38°,2 le 21 juin. La malade sort bien portante le 22 juillet.

L'enfant pèse 3.370 grammes à sa naissance et 3.670 à sa sortie. Il a présenté des abcès sous-cutanés du cuir chevelu quelques jours après sa naissance.

La mère et l'enfant ont été vus à différentes reprises en bonne santé tous deux, la dernière fois en mai 1885.

Basiotripsie.

OBSERVATION XXXVIII (résumée).

Kyste dermoïde de l'ovaire. Dystocie. Enfant mort. Basiotripsie
(Charleoni) (1).

La femme VIII pare, âgée de 40 ans, fut apportée à l'hôpital dans un état fébrile ; le fœtus était mort, la tumeur d'une dureté osseuse incarcérée, permit juste assez d'espace pour qu'on pût extraire le produit par la perforation et la crânioclasie. Un grand lambeau de la paroi postérieure du vagin fut éliminé par nécrose et laissa à nu la tumeur ossifiée. Celle-ci (de la grosseur d'une tête d'enfant) fut un mois après l'accouchement extraite facilement par l'ouverture agrandie encore artificiellement de la paroi vaginale postérieure. Pas d'hémorrhagie, la cavité fut tamponnée avec de la gaze iodoformée. Guérison.

Ovariectomies après l'accouchement.

OBSERVATION XXXI (Barton Cooke), voir plus haut.

OBSERVATION XXXIX (résumée).

Kyste de l'ovaire. Accouchement. Accidents d'infection. Laparotomie vingt-huit jours après l'accouchement (Potherat) (1).

Une malade de M. Potherat avait un kyste de l'ovaire qui ne gêna pas l'accouchement. Mais son kyste s'étant enflammé, et ayant considérablement grossi en quelques jours, M. Potherat dut faire la laparotomie vingt-huit jours après l'accouchement et d'ailleurs avec un plein succès.

OBSERVATION XL (résumée).

Kyste de l'ovaire et grossesse. Torsion du pédicule après l'accouchement. Ovariectomie (Laroyenne et Condamin).

M. M..., âgée de 42 ans. Depuis 6 ans, voit son ventre augmenter sans douleurs. En 1892, grossesse; elle accouche en mai 1893, mais non sans difficultés.

1. Charleoni (Catania), *Rivista d'ostetr. e gyn.*, 1890, n. 25.

2. Potherat, *France Médicale*, 25 mars 1892.

La poche des eaux fut rompue artificiellement à dilatation complète et l'enfant extrait au forceps sous chloroforme, pour ne pas exposer la mère à rompre son kyste sous l'influence de trop violentes contractions abdominales.

Après l'accouchement, légère syncope. Délivrance spontanée.

En juin, cette femme, complètement remise, peut vaquer à ses occupations, mais son ventre a sensiblement augmenté.

A la fin de juillet, à la suite d'une fatigue plus grande qu'à l'habitude, elle est obligée de s'aliter. Elle est prise de douleurs atroces que l'opium ne peut calmer, pendant que la température monte à $39^{\circ},7$.

Ovariectomie proposée, acceptée et pratiquée le 1^{er} août.

On trouve un kyste à pédicule tordu six à huit fois sur lui-même et très serré tandis que la cavité abdominale contient une certaine quantité de liquide séro-hématique.

Les jours suivants, température élevée, état nauséux et intermittences cardiaques. Au douzième jour la température tombée depuis quelques jours remonte à $39^{\circ},5$. On constate en même temps dans la fausse iliaque gauche, au niveau du pédicule enlevé, une tumeur du volume du poing. Au bout de quatre ou cinq jours détente brusque sous l'influence d'un écoulement de pus au milieu des selles.

Six semaines après l'opération, la malade peut entreprendre un long voyage, parfaitement guérie.

OBSERVATION XLI (résumée).

Kyste de l'ovaire. Accouchement. Suites de couches septiques. Le kyste se rompt quatre mois après l'accouchement. Laparotomie. Guérison (Kohler) (1).

Il s'agit d'une femme de 29 ans, qui, au quatrième mois de sa grossesse, avait failli avoir un avortement empêché par le repos au lit et les injections de morphine.

Accouchement à terme gémellaire. Les deux fœtus se présentaient par le sommet, ce qui nécessita l'application du forceps.

Pendant les suites de couches, pleuropneumonie. C'est alors qu'on commence à s'apercevoir de la présence d'un kyste qui, au bout de quatre mois atteignait le diaphragme et se rompit quelque jours après cette date.

La laparotomie montra un kyste de l'ovaire gauche, multiloculaire, qui fut enlevé et la maladie guérit.

OBSERVATION XLII

Kyste de l'ovaire. Accouchement normal. Septicémie puerpérale. Kyste de l'ovaire suppuré. Ovariectomie. Guérison (Leroy des Barres) (2).

Il s'agit d'une femme de 29 ans, accouchant pour la quatrième fois, le 31 juillet 1892, aussi facilement que lors de ses trois ac-

1. Kohler, in *Wiener Medicinische Presse*, 1891, no 49.

2. Leroy des Barres. Rapport sur une observation d'ovariectomie pratiquée dans le cours d'une septicémie puerpérale à forme prolongée et suivie de guérison. Pinard, in *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1894, 1^{re} série, page 147.

couchements précédents et chez laquelle se montrèrent pendant les suites de couches une série successive d'accidents infectieux : dès le quatrième jour apparurent les symptômes d'une péritonite, quinze jours après épanchement pleurétique se développant dans le côté droit de la poitrine, puis enfin apparition d'une *phlegmatia alba dolens* qui envahit le membre inférieur gauche.

Si l'on joint à cela un degré d'émaciation extrême, contrastant d'une façon étrange avec le développement énorme du ventre, dont la circonférence immédiatement au dessous de l'ombilic mesurait 1 m. 2, on pourra se faire une idée de l'état de cette femme entrant dans le service du D^r Le Roy des Barres, le 30 septembre, c'est-à-dire deux mois après son accouchement.

Dès son entrée, ayant constaté, que tous les signes propres aux collections liquides enhystées existaient chez cette femme, notre confrère porta le diagnostic de kyste de l'ovaire probablement suppuré.

Avant toute intervention, il institua une médication antiseptique et reconstituante, car l'urine de cette malade ne contenait que 5 gr. 44 d'urée par litre.

Mais, le 11 octobre, l'augmentation de volume du ventre avait fait de tels progrès et gênait tellement la respiration qu'on fut forcé de pratiquer une ponction palliative suivie de l'écoulement de 6 litres d'un liquide purulent à odeur putride.

Immédiatement après rémission des accidents, la température s'abaisse, le taux de l'urée se relève et remonte à 12 gr. 81, en même temps que l'alimentation se fait mieux et que s'améliore l'état de la poitrine et de la jambe.

Mais le 19 l'urée retombe à 5 gr. 38 et la température atteint 38°,7 le matin : aussi le D^r Le Roy des Barres se décide-t-il à intervenir le 20.

L'opération fut très longue et très pénible, elle dura plus de deux heures en raison des adhérences nombreuses qu'avait con-

tractées la poche kystique avec l'intestin et la cavité pelvienne.

Le kyste uniloculaire qui contenait 4 litres de pus fétide fut extrait en totalité. Il avait son point d'attache sur l'ovaire gauche. Son pédicule grêle et non-tordu fut, après ligature à la soie, abandonné dans la cavité abdominale.

Les suites de l'opération furent très simples.

La malade se levait le 10 novembre, c'est-à-dire le vingtième jour après l'opération, et quittait l'hôpital le 25 complètement rétablie.

CONCLUSIONS

I. — La laparotomie est le vrai traitement des kystes de l'ovaire pendant la grossesse. Il ne peut y avoir d'hésitation que dans les derniers mois.

II. — Elle devra être pratiquée, l'opérée dans le décubitus horizontal. Le chirurgien devra absolument éviter à la matrice un contact prolongé avec ses mains, mais surtout avec l'air extérieur.

III. — L'influence du contact, de l'air, des mains du chirurgien, et des instruments en général avec l'utérus, ainsi que les tiraillements d'un pédicule trop court sont les causes primordiales de l'interruption de la grossesse.

IV. — L'ovariotomie double paraît avoir été plus grave que l'unilatérale.

V. — Dans tous les cas où la laparotomie sera pratiquée, il sera nécessaire de faire immédiatement des injections de morphine pour empêcher les contractions de l'utérus (Pinard).

VI. — Le refoulement des kystes pelviens ne devra être pratiqué qu'avec la plus grande modération.

VII. — L'opération césarienne sera faite quand au

moment du travail, on s'apercevra de l'existence d'un kyste pelvien, rétrécissant la filière à tel point que l'enfant ne puisse la traverser sans danger certain.

VIII. — Les kystes de l'ovaire qui sont le siège d'accidents durant les suites de couches sont dès lors justifiées de la laparotomie.

Vu : le Président de la thèse.

PINARD.

Vu : le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ANGELINI. — Raccoglitori méd. Forli 1889, 101-109.
- ALTHILL. — Dublin Journ. of méd. sc., 1880, p. 16.
- BAUDELLOCQUE. — Traité d'accouchements, 1796, p. 375.
- BANTOCK. — British Med. Journ., 11 février 1888.
- BARNES. — Archives de Tocol., 1879, page 49.
- BARTON-COOKE. — Medical News Philadelphia, juillet 1890, in Ann. de Gyn., 1892.
- BRUCH. — Soc. de chir., 15 décembre 1885.
- BURNS. — Princip. of med. wif., p. 35.
- CAUCHOIS, 1886. — L'ovariotomie dans les kystes paraovariens et l'ovariotomie pendant la grossesse (Bull. Soc. Chir. T. XI, n^{os} 9 et 10, p. 607-614).
- CAZEAUX. — Bull. de l'Académie, 1856, pages 22, 29.
- CAYLA. — Th. de Paris, 1882.
- CHANTREUIL, 1873. — Leçons faites à l'hôpital des Cliniques par le D^r Guéniot.
- CHARLEONI. — Dystocie par kyste dermoïde (in Rivista d'Os-
tetr. e Gyn., n^o 25, 1890).
- CONDAMIN. — Kyste de l'ovaire et grossesse. Quand faut-il
intervenir (Lyon Médical, 28 janvier 1894).
- COTTERELL. — Double ovariectomy during pregnancy (Lan-
cet, page 880, 15 octobre 1892).

- DUCHESNEAU et LOISON. — (Archiv. de tocol. 1891).
- DUPLAY. — Ann. de Gynécologie, 1878.
- DELAGÉNIÈRE. — Archives provinciales de chirurgie (novembre 1894).
- DOUMAIRON. — Thèse Strasbourg 1868. Etude sur les kystes ovariens compliquant la grossesse, l'accouchement, la puerpéralité.
- DSIRNE. — Die ovariectomie in schwangerschaft (Arch. für Gynæk. XLII, 3, 1892).
- ENGSTROM. — De l'ovariectomie pendant la grossesse (Ann. de Gynec. et d'Obstét. nov. 1890).
- FOCHIER. — Kyste dermoïde adhérent dans le cul-de-sac de Douglas (Lyon Médical, 4 juillet 1886).
- GOLENVAUX. — Ovariectomie avec succès pendant la gestation (Bull. Acad. de Méd. de Belgique, t. XV, n° 10, 1882).
- GUÉNIOT — Gazette des Hôpitaux, 1872, p. 906.
- GRANVILLE. — The Lancet, 1849.
- HECKER. — Klinik der Geburtskunde, p. 35.
- HEIBERG. — Diss. Kyobenh. 1881. Om. ovarieswulsten som compl. ved Svangerskab.
- HERGOTT. — Ann. de Gynécologie, juin 1886.
- HEYDENREICH. — Kyste de l'ovaire et grossesse (Revue Médicale de l'Est, 1^{er} juillet 1885).
- HILLAS. — On ovariectomy with cæsarean operation (Austrian med. Journal, février 1875).
- JETTER. — Diss. Tubingen, 1861.
- KOEBERLÉ. — Gaz. des Hôpitaux, 1866, 1867, 1868.
- KNOWSLEY THORNTON. — Soc. obstétricale de Londres (3 février 1886).
- A case of removal of both ovaries during pregnancy.
- KOHLER. — Wien. Med. Presse (n° 49, 1891).

LAURENCE. — Rapport du professeur Pinard sur l'observation du Dr Le Roy des Barres (Bulletin de l'Acad. de médecine, 1894, 1^{re} série, p. 147).

LEPAGE. — Fonctionnement de la maison d'accouchements Baudelocque.

LOMER. — Ueber complication der Geburt durch Ovarientumoren (Archiv. für Gynæk. Band XIX, heft 2).

MACLEAN. — Case of ovariectomy during pregnancy, axial rotation cyst. (The Lancet, 20 janvier 1894).

MANGIAGALLI. — Ovariectomie während der schwangerschaft und nach der Geburt (Berlin, Klin., Woch., 21 mai 1894).

MEREDITH. — Two cases of double ovariectomy during pregnancy (Transact. of the obst. Soc. of London XXXIV, 3, 1894). Soc. obst. New-York, 2 novembre 1896.

MUNDE. — Ann. de gynécologie, 3 mai 1887.

MOORHOF. — Laparo cystovario hysterotomie bei vorhandener Schwangerschaft Heilung (Wien. med. Woch. 29, 1881).

OLSHAUSEN. — Die Krankheiten des Ovarien, chap. XIII, page 99.

PLAIFAIR. — Obst. Transact. vol IX, page 70.

PIPPINSKJOLD. — Geburt und schwangerschaft nach Ovariectomien (Finska. Lakarelsk Handl. n° 2), 1880.

PORAK. — Des kystes du petit bassin au point de vue de la dystocie (Gaz. hebdom., 1884).

POTHERAT. — France Médicale, 25 mars 1892.

POTTER. — Ann. of. Obst. (oct. 1888).

POZZI. — Gynécologie.

PUCHELT. — Commentatio de tumoribus in pelvi partum impedientibus (Heidelberg 1840).

- PINARD. — Rapport sur l'observation de M. le D^r Le Roy des Barres (Bulletin de l'Académie de Médecine, 1894, 1^{re} Série).
- REMY. — De la grossesse compliquée de kyste ovarique, 1886.
- RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE. — Précis d'obstétrique, 1896.
- RIEDINGER. — (Prager. med. Woch., 1891, page 186).
- RUGE. — Berl. Klin. Woch., 1874, p. 572.
- SCHRÖDER. — Zeitsch. f. Geburtshilfe und Gyn., 1879, p. 81.
- SPENCER-WELLS. — Des kystes ovariques coïncidant avec la grossesse (Arch. de Tocologie, 1876).
- STORRY. — Ovariectomy during pregnancy. Subsequent normal parturition (Lancet, décembre 1882).
- SUSLIN. — The medical Record, 27 mars 1886.
- TERRILLON. — Des troubles de la menstruation après les lésions chirurgicales et traumatiques et l'ovariotomie. (Ann. de Gynécol, sept. 1892).
- TERRILLON et VALAT. — Archives de tocologie, 20 avril 1888.
- TREILLE. — Thèse de Paris, 1873.
- TOURMENTE. — Thèse de Paris 1883.
- VEIT. — Berlin. Klin. Wochen 1883, page 493. Ovariectomy le quatrième jour des couches. Mort.
- WIART. — Kyste dermoïde de l'ovaire. Dystocie (Gazette Médicale de Paris, 15 avril 1882).

TABLE DES MATIERES

AVANT-PROPOS.	7
CHAPITRE PREMIER. — <i>Historique sommaire du traitement des</i> <i>kystes de l'ovaire.</i>	9
CHAPITRE II. — <i>Kystes de l'ovaire situés dans la cavité abdominale.</i>	12
<i>Traitement pendant la grossesse.</i>	12
Expectation.	12
Provocation de l'accouchement ou de l'avortement.	13
Ponction.	14
Ovariectomie.	18
<i>Pendant l'accouchement.</i>	32
CHAPITRE III. — <i>Kystes de l'ovaire obstruant le petit bassin</i>	34
<i>Traitement pendant la gestation.</i>	34
Refoulement.	34
Ponction.	35
Avortement et accouchement prématurés	36
Incision et ovariectomie : ,	37
<i>Traitement pendant le travail</i>	37
Refoulement.	38
Ponction.	40
Incision.	42
Laparotomie et opération césarienne	44
Forceps et version	45
Basiotripsie	47
CHAPITRE IV. — <i>Kystes de l'ovaire pendant les suites de couches</i> . .	49
APPENDICE.	51

Observations.

1° Ovariectomie pendant la grossesse	53
2° Ponction pendant la grossesse et le travail	79
3° Refoulement pendant le travail.	82
4° Opération césarienne.	87
5° Basiotripsie.	88
6° Ovariectomie après l'accouchement.	89
CONCLUSIONS.	4
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.	96

